

様式第1号（第5条関係）

年 月 日

中津川市長様

申込者氏名
申込者住所 中津川市
電話（ ）

精神障害者交通費助成金申込書

中津川市在宅精神障害者交通費助成事業実施要綱による対象者として登録された
く次のとおり申込みます。

ふりがな 氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日生
住所	中津川市				
通う所					
通所期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日				
助成金の 払込先	金融機関名 支店	口座番号 普通・当座 ()	口座名義人 ()		
利用交通機関名	行程（最寄りの停留所等を記載）		交通費（片道の費用）		
	～		円		
	～		円		
	～		円		
合		計		円	
通所の証明	申込者は、当所に通所していることを証明します。 年 月 日 通所機関名 住所 代表者名 ㊞				

添付書類 精神保健福祉手帳の写し