

様式第 2 号（第 6 条関係）

年 月 日

中津川市長 様

申請者氏名
申請者住所
電 話 （ ） —
手帳番号

精神障害者交通費助成金申請書

中津川市在宅精神障害者交通費助成金の助成を受けたく下記のとおり申請します。

記

1 通所月 年 月 ～ 年 月まで

2 助成金申請額 円（実費の 1／2）

内 訳 通所に要する経費（1 日分の往復の交通費）： 円

通 所 日 数： 日間

通所に要した実費（通所期間内の交通費の総実費）： 円

3 助成金の振込先

取引銀行（金庫）名 支店
口 座 普通（ ）・当座（ ）
口 座 名 義 人

通 所 の 証 明

月分	月分	月分	月分	月分	月分
日	日	日	日	日	日

上記のとおり通所したことを証します。

施 設 名

代 表 者

電 話



添付書類：定期券使用の場合は、定期券の写しを添付してください。