

様式第 4 号（第 7 条関係）

年 月 日

中 津 川 市 長 様

請求者氏名 ⑩
請求者住所
電 話（ ） ー

精 神 障 害 者 交 通 費 助 成 金 請 求 書

年 月 日付で通知のありました助成金について、下記のとおり請求します。

記

1 助成金対象月 年 月分から 年 月分まで

2 助成金請求額 円

内 訳 通所日数 日分
1 日の交通費 円（助成額は 1/2）

3 通所の証明

請求者は、 年 月から 年 月までに当所へ 日間
通所したことを証明します。

年 月 日
機 関 名
代表者名 ⑩

助 成 金 の 振 込 先	金融機関名 支店	口座番号 普 通 ・ 当 座 ()	口座名義人 ()
------------------	-------------	--------------------------	--------------