

平塚市障害福祉サービス事業所等通所交通費助成申請書

(提出先)
平塚市長

通所者本人の住所・氏名等を記入します。グループホームに住んでいる方は、グループホーム所在地の住所を記入します。

申請者 住所 平塚市四之宮〇-〇-〇
氏名 平塚 太郎
電話 〇 4 6 3 (2 3) × × × ×

障害福祉サービス等の支給を受けて次のとおり通所しますので、申請します。

なお、障害福祉サービス等の受給者証に記載されている内容を記入します。
する事業所へ委任し、あわせて当該事務に必要な見、生活保護の受給状況)を平塚市及び通所する事業所

障 が い の 状 況	<input checked="" type="checkbox"/> 身体	・身体障害者手帳	障 害 福 祉 サ ー ビ ス 等	受給者証 番 号	1 0 0 0 0 0 1 1 1 1												
	<input type="checkbox"/> 知的	・療育手帳		サービス 種 別	<input checked="" type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 就労継続支援A型 <input type="checkbox"/> 就労継続支援B型 <input type="checkbox"/> 自立訓練 <input type="checkbox"/> 地域活動支援センター <input type="checkbox"/> ()												
	<input type="checkbox"/> 精神	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 自立支援医療(精神通院) <input type="checkbox"/> 医師の診断書		支給決定 期 間	R 5 年 4 月 1 日 ~ R 5 年 1 2 月 3 1 日												
	<input type="checkbox"/> 他	<input type="checkbox"/> 特定疾患医療受給者証等 <input type="checkbox"/> 医師の診断書		支 給 量	<input type="checkbox"/> () 日/月 8日)												
通 所 方 法	<p>経路については、自家用車等を使用する区間ご記入します。また、その区間の片道距離に応じて、「片道距離」と「助成額」の該当する箇所にチェックを入れてください。出発する自宅から事業所までの合理的経路(原則として、最短経路)により決定し、算定します。審査の結果、申請どおりとならないことがあるので、御承知おきください。 ※一部区間で事業所送迎を利用する場合は、事業所送迎車に乗り継ぐ場所(例:「自宅~〇〇駅北口」)を記入します。。また、事業所送迎欄にも、区間を記入します。</p>																
	<input type="checkbox"/> 鉄道	~	円	円	円												
	<p>※障害者割引制度適用対象となる場合には、割引後の運賃額・定期額をご記入ください。(バスのみ)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>経 路</th> <th>片道距離</th> <th>片道助成額</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3"> <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> バイク 自 宅 ~ 事業所 (<input checked="" type="checkbox"/> 往復 <input type="checkbox"/> 片道) </td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 5 km未満</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 50 円</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5 km~10 km未満</td> <td><input type="checkbox"/> 75 円</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 10 km以上</td> <td><input type="checkbox"/> 125 円</td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> 事業所送迎 ~ (<input type="checkbox"/> 往復 <input type="checkbox"/> 片道) </td> <td colspan="2"></td> </tr> </tbody> </table>					経 路	片道距離	片道助成額	<input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> バイク 自 宅 ~ 事業所 (<input checked="" type="checkbox"/> 往復 <input type="checkbox"/> 片道)	<input checked="" type="checkbox"/> 5 km未満	<input checked="" type="checkbox"/> 50 円	<input type="checkbox"/> 5 km~10 km未満	<input type="checkbox"/> 75 円	<input type="checkbox"/> 10 km以上	<input type="checkbox"/> 125 円	<input type="checkbox"/> 事業所送迎 ~ (<input type="checkbox"/> 往復 <input type="checkbox"/> 片道)	
経 路	片道距離	片道助成額															
<input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> バイク 自 宅 ~ 事業所 (<input checked="" type="checkbox"/> 往復 <input type="checkbox"/> 片道)	<input checked="" type="checkbox"/> 5 km未満	<input checked="" type="checkbox"/> 50 円															
	<input type="checkbox"/> 5 km~10 km未満	<input type="checkbox"/> 75 円															
	<input type="checkbox"/> 10 km以上	<input type="checkbox"/> 125 円															
<input type="checkbox"/> 事業所送迎 ~ (<input type="checkbox"/> 往復 <input type="checkbox"/> 片道)																	
事 業 所 確 認 欄	法人の名称	社会福祉法人〇〇〇〇	通所開始日※	R 6 年 4 月 1 日													
	事業所等の名称	就労移行〇〇〇〇	生活保護受給	有 ・ 無													
	事業所の住所	茅ヶ崎市	※有の場合、申請出来ません。														
	電話番号	TEL:	事業所の方で申請内容を確認し、事業所確認欄をご記入の上、ご提出をお願いいたします。														
	事業所代表者 職・氏名	管理者 〇〇 〇〇															

【注意】書き間違いなどの訂正がない状態で提出してください。二本線や修正テープなどの訂正は不可です。