

様式第1号(第5条関係)

飯田市重度心身障害児通院等交通費助成金交付申請書

年 月 日

飯田市長

申請者 住 所
保護者氏名 (印)
(電話)

年度飯田市重度心身障害児通院等交通費助成金を交付されますよう申請します。
(年 月 日から 年 月 日までの分)

障 害 児 氏 名	施 設 ・ 病 院 名	入所・帰省・面会・通院の別 (該当項目に○印)			
		1 入所 2 帰省面会 3 通院			
公 共 交 通 機 関 利 用	交 通 機 関 名	乗 車 区 間	片道料金	利用回数	支払金額合計
		—	円	回	円
自 家 用 自 動 車 利 用	自宅から施設・病院ま での距離	自動車の区分	通所・帰省・通院等の回数		
	片道 km	普・軽	回		

年 月 日

調査者職氏名 (印)