

花巻市長 様

申請者（保護者）

住 所

氏 名

電 話

花巻市障害者通院時交通費助成事業利用申請書

花巻市障害者通院時交通費助成事業を利用したいので申請します。

利 用 者	ふりがな 氏 名		生年月日	年 月 日（ 歳）
	住 所		申請者との続柄	
	手帳番号	身障・療育・障害 第 号	級別等	1級・2級（視・下・体）・A
	障害名			
	施設入所	（ 有 ・ 無 ）		
	自動車税又は軽自動車税の減免	（ 有 ・ 無 ） ※ 有の場合でも、減免を受けた後において自家用車を所有していない場合は、所有していないことを確認できる書類を添付することで、助成を受けられる場合があります。		
	高齢者通院時交通費助成の利用決定	（ 有 ・ 無 ）		

	名 称	住 所	自宅との距離 (k m)	※チェック 欄
最寄りのバス 停留所				
通院している 医療機関				