様式第１号（第６条関係）

年　　月　　日

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（ｋｍ） | ※チェック　欄 |
| 最寄りのバス停留所 |  |  |  |  |
| 通院している医療機関 |  |  |  |  |