様式第１号（第３条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　（宛先）

　岩国市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　対象者住所　　岩国市

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　対象者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　通園者との続柄

電話番号

心身障害者（児）通園助成（変更）申請書

　次のとおり　　　　年　　月分の助成金を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 通園者住所 | 岩国市 |
| 通園者氏名 |  | 生年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 市営バス等の通園区間 | 　　　　　　　　　停留所から　　　　　　　　　停留所まで | 　　　　　　駅から　　　　　　駅まで |
| 市営バス等通勤定期券購入月数 | 　　　　　月から　　　　　月まで　　　　　か月分 |
| 市営バス等の通勤定期券の運賃 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 助成額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |

|  |
| --- |
| 通園施設証明欄上記の者は、月10日以上の通園を予定しており、岩国市心身障害者（児）通園助成事業実施要綱第２条第１項（第１号は除く。）及び同条第２項に該当することを証明します。　　　　　年　　月　　日施設名施設長　　　　　　　　　　㊞ |