

長岡京市障がい者施設通所交通費助成金支給申請書

令和 〇年 〇月 〇日

長岡京市長 様

申請者氏名は、
「助成金の振込先」の欄の口座名
義人と同一人になります。

申請者 住 所 長岡京市 開田〇丁目〇番〇号
氏 名 長岡 花子
電話番号 090-0000-0000

長岡京市障がい者施設通所交通費助成事業実施要綱第5条の規定により、助成金の支給を申請します。なお、生活保護費の支給状況について、市担当課に調査・照会されることに同意します。

対象者氏名	長岡 花子		生年月日	平成〇年〇月〇日			
受給者証番号	〇△〇△〇△〇△〇△		申請者との続柄	本人			
対象者の住所	長岡京市開田〇丁目〇番〇号						
通所施設(種別)	就労継続支援B型〇△〇△ (就A・就B・就労移行)						
順路	利用交通機関名	乗車区間			片道運賃 (円)	往復利用の有無 (往復の場合に☑)	
1	阪急電鉄	長岡天神駅 ～ 烏丸駅			230 円	☑	
2	市営地下鉄	四条駅 ～ 丸太町			220 円	☑	
3		～				□	
通所期間		令和 〇年 1 月 ～ 令和 〇年 6 月 (6 か月分)					
該当月	1 月	2 月	3 月	4 月	5 月	6 月	合計
通所日数	14 日	10 日	12 日	12 日	13 日	10 日	71 日
月額交通費	12,600 円	9,000 円	10,800 円	10,800 円	11,700 円	9,000 円	63,900 円
申請額 ※交通費の 1/2 上限 5,000 円	5,000 円	4,500 円	5,000 円	5,000 円	5,000 円	4,500 円	29,000 円

上記、通所期間及び通所日数等については、事実と相違ないことを証明する。

令和〇年 〇月 〇日

住所 京都市中京区〇〇〇〇
施設名 就労継続支援B型〇△〇△
代表者 通所 はじめ



助成金の 振込先 申請者名義	金融機関	〇△〇 銀行・金庫・農協 〇〇〇 支店		
	預金種別	普通・ 当座	フリガナ 口座名義	ナガオカ ハナコ 長岡 花子
	口座番号	No. 〇〇△△△〇〇		

口座名義人は申請者と
同一人になります。