別記様式（第４関係）

長野市心身障害者通園奨励費申請書

令和　　年　　月　　日

長 野 市 長　　　宛

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒

住　所

申請者　　氏　名

連絡先（電話）

　心身障害者通園奨励費を受給したいので申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 通園者氏名 |  | | 申請者との続柄 | |  |
| 通園施設名 |  | | 通園距離 | ㎞（自宅から施設） | |
| 通園方法 | | | | | |
| 往路 | | | 復路 | | |
| (1) バイク  (2) 自家用車（　　　　～　　　　）　　　㎞  (3) 電車（片道運賃　　　　　　円）  　　　　　　　　　駅～　　　　　　　駅    (4) バス（片道運賃　　　　　　円）  　　　　　　　停留所～　　　　　　停留所  (5) その他（　　　　　　　　　　　　　　） | | | (1) バイク  (2) 自家用車（　　　　～　　　　）　　　㎞  (3) 電車（片道運賃　　　　　　円）  　　　　　　　　　駅～　　　　　　　駅    (4) バス（片道運賃　　　　　　円）  　　　　　　　停留所～　　　　　　停留所  (5) その他（　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 注　１　該当する通園方法に○印をしてください。 | | | | | |
| ２　往復の通園方法が**異なる場合**は、**両方**に記入してください。 | | | | | |
| ３　電車、バスを利用している場合は、片道運賃を記入してください(**手帳割引後の額**)。  　　４　児童発達支援・医療型児童発達支援・放課後等デイサービスについては、**市町村民税非課税世帯のみ対象**となります。 | | | | | |
| 振込先  金融機関（申請者名義の口座） | 金融機関名 | 支店名 | フリガナ | | 口座番号 |
| 口座名義 | |
|  |  |  | |  |
|  | |

* 通園日数（この欄は施設で記入してください。）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 |
| 通園日数 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
| 月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 |
| 通園日数 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |

　上記の者の通園日数はこのとおりです。

令和　　年　　月　　日

所在地

施設名

代表者

|  |
| --- |
|  |

市役所記入欄

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 確認欄 | | | | | | | | | |
| 月 | 4月分 | | 5月分 | 6月分 | 7月分 | | 8月分 | | 9月分 |
| 算出欄 |  | |  |  |  | |  | |  |
| 支給額 | 円 | | 円 | 円 | 円 | | 円 | | 円 |
| 月 | 10月分 | | 11月分 | 12月分 | 1月分 | | 2月分 | | 3月分 |
| 算出欄 |  | |  |  |  | |  | |  |
| 支給額 | 円 | | 円 | 円 | 円 | | 円 | | 円 |
| 合計支給額 | | 円 | | | | 確認者 | |  | | |