平塚市障害福祉サービス事業所等通所交通費助成申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （提出先）  　　平塚市長  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　（　　　　）  　障害福祉サービス等の支給を受けて次のとおり通所しますので、申請します。  　なお、通所交通費にかかる事務について通所する事業所へ委任し、あわせて当該事務に必要な個人情報（障がいの状況及びサービス利用状況、生活保護の受給状況）を平塚市及び通所する事業所が確認することに同意します。 | | | | | | | | | | | | |
| 障がいの状況 | □身体 | ・身体障害者手帳 | | | 障害福祉サービス等 | 受給者証  番　　号 | | |  | | | |
| サービス  種　　別 | | | □ 就労移行支援  □ 就労継続支援Ａ型  □ 就労継続支援Ｂ型  □ 自立訓練  □ 地域活動支援センター  □（　　　　　　　　　　） | | | |
| □知的 | ・療育手帳 | | |
| □精神 | □ 精神障害者保健福祉手帳  □ 自立支援医療（精神通院）  □ 医師の診断書 | | |
| 支給決定  期　　間 | | | 年　　月　　日  　　～　　年　　月　　日 | | | |
| □他 | □ 特定疾患医療受給者証等  □ 医師の診断書 | | | 支 給 量 | | | □（　　　）日／月  □ 原則日数（当該月－８日） | | | |
| 通所方法 |  | | 障害者割引制度適用（身体・知的） | | | | | 有 ・　無 | | | | |
| 経　　　路 | | | | | 片道運賃額（IC） | | | 6か月定期額（IC） | |
| □バス | | ～ | | | | | 円 | | | 円 | |
| ～ | | | | | 円 | | | 円 | |
| 最も高額な経路の6か月定期額（バス複数経路利用の場合のみ） | | | | | | | | 円 | |
| □鉄道 | | ～ | | | | | 円 | | | 円 | |
| ～ | | | | | 円 | | | 円 | |
| **※障害者割引制度適用対象となる場合には、割引後の運賃額・定期額をご記入ください。（バスのみ）** | | | | | | | | | | | |
| □自家用車  □バイク | | | 経　　　路 | | | 片道距離 | | | | | 片道助成額 |
| 自　宅　～  （ □往復　□片道 ） | | | □ ５㎞未満  □ ５㎞～10㎞未満  □ 10㎞以上 | | | | | □ 50円  □ 75円  □ 125円 |
| □事業所送迎 | | | ～  （ □往復　□片道 ） | | |  | | | | | |
| 事 業 所 確 認 欄 | 法人の名称 | | |  | | | 通所開始日※ | | | 年　 月 　日 | | |
| 事業所等の名称 | | |  | | | 生活保護受給 | | | 有 ・　無 | | |
| 事業所の住所  電話番号 | | | TEL:　　　　(　　　　) | | | ※有の場合、申請出来ません。 | | | | | |
| 備考 | | | | | |
| 事業所代表者職・氏名 | | |  | | |

※通所開始日は前年度から継続利用の場合、申請年度の4月1日