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