

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	<input type="checkbox"/> 身体	・身体障害者手帳	障 害 福 祉 サ ー ビ ス 等	受給者証 番 号	
	<input type="checkbox"/> 知的	・療育手帳		サービス 種 別	<input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 就労継続支援A型 <input type="checkbox"/> 就労継続支援B型 <input type="checkbox"/> 自立訓練 <input type="checkbox"/> 地域活動支援センター <input type="checkbox"/> ()
	<input type="checkbox"/> 精神	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 自立支援医療（精神通院） <input type="checkbox"/> 医師の診断書		支給決定 期 間	年 月 日 ～ 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 他	<input type="checkbox"/> 特定疾患医療受給者証等 <input type="checkbox"/> 医師の診断書		支 給 量	<input type="checkbox"/> ()日/月 <input type="checkbox"/> 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）	
	<input type="checkbox"/> 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	
	<input type="checkbox"/> 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）					
<input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> バイク	経 路		片道距離	片道助成額	
	自 宅 ～		<input type="checkbox"/> 5 km未満 <input type="checkbox"/> 5 km～10 km未満 <input type="checkbox"/> 10 km以上	<input type="checkbox"/> 50 円 <input type="checkbox"/> 75 円 <input type="checkbox"/> 125 円	
	(<input type="checkbox"/> 往復 <input type="checkbox"/> 片道)				
<input type="checkbox"/> 事業所送迎	～				
		(<input type="checkbox"/> 往復 <input type="checkbox"/> 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		※有の場合、申請出来ません。		
	電話番号	TEL: ()	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