

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

通所者本人の住所・氏名等を記入します。グループホームに住んでいる方は、グループホーム所在地の住所を記入します。

申請者 住所 平塚市四之宮〇-〇-〇
氏名 平塚 太郎
電話 〇 4 6 3 (2 3) × × × ×

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
な個人
る事業

障害福祉サービス等の受給者証に記載されている内容を記入します。

する事業所へ委任し、あわせて当該事務に必要な
況、生活保護の受給状況)を平塚市及び通所す

障 が い の 状 況	<input checked="" type="checkbox"/> 身体	・身体障害者手帳	障 害 福 祉	受給者証 番 号	1 0 0 0 0 0 1 1 1 1	
	<input type="checkbox"/> 知的	・療育手帳		サービス 別	<input checked="" 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 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 医師の診断書		支給決定 期 間	R 5 年 4 月 1 日 ~ R 5 年 1 2 月 3 1 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 日 数	<input type="checkbox"/> () 日/月 <input checked="" type="checkbox"/> 原則日数 (当該月-8日)	
		障害者割引制度適用 (身体・知的)			有 ・ 無	
		利用する経路を記入します。原則、合理的で最も安価な経路のみ認められます。	経 路	片道運賃額 (IC)	6か月定期額(IC)	
			四ノ宮 ~ 平塚駅北口	1 1 0 円	3 7, 1 2 0 円	
			~	円	円	
通 所 方 法	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	平塚 ~ 茅ヶ崎	1 8 9 円	2 6, 9 2 0 円		
	※障害者割引制		片道運賃額は、IC料金を記入します。障害者割引がある場合には半額になります。		額・定期額を記入してください。(バスのみ)	
	<input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> バイク	自 宅 ~	未 満	片道助成額		
<input type="checkbox"/> 事業所送迎	()	未 満	<input type="checkbox"/> 50 円 <input type="checkbox"/> 75 円 <input type="checkbox"/> 125 円			
事 業 所 確 認 欄	法人の名称	社会福祉法人			R 5 年 6 月 1 日	
	事業所等の名称	就労移行〇〇〇〇	生活保護受給	有 ・ 無		
	事業所の住所	茅ヶ崎市茅ヶ崎〇〇〇〇	※有の場合、申請出来ません。			
	電話番号	TEL: 〇 4 6 7 (2 3) × × × ×	事業所の方で申請内容を確認し、事業所確認欄をご記入の上、ご提出をお願いいたします。			
	事業所代表者 職・氏名	管理者 〇 〇 〇				

【注意】書き間違いなどの訂正がない状態で提出してください。二本線や修正テープなどの訂正は不可です。