

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		
	☐ 知的	・療育手帳		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 ☐ ()	
	☐ 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・精神） 有 ・ 無		経 路		片道運賃額（IC）	6か月定期額（IC）
			~		円	円
	☐ バス	~		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 ~		☐ 5 km未満 ☐ 5 km～10 km未満 ☐ 10 km以上		☐ 50 円 ☐ 75 円 ☐ 125 円
		(☐ 往復 ☐ 片道)				
☐ 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		※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