

様式第1号（第5条関係）

年 月 日

美濃加茂市長 伊藤 誠一 宛

申請者住所 _____
 氏名 _____ 印
 電話 _____

美濃加茂市精神障害者小規模作業所等交通費助成受給資格認定申請書

下記のとおり受給資格認定を受けたいので、美濃加茂市精神障害者小規模作業所等交通費助成事業実施要綱第5条第1項の規定に基づき申請します。

住 所	美濃加茂市				
氏 名		生年月日	年	月	日
精神障害者保健福祉手帳の番号		号	等級	級	
通所施設 名 称					
通所予定 期 間	年	月	日	から	年 月 日まで
利用路線名	行程（最寄りの駅名を記載）			鉄道運賃 （片道の費用）	
		から		まで	円
		から		まで	円
		から		まで	円
鉄道運賃合計					円
通所の証明	申請者は当所に通っていることを証明します。 年 月 日 通所施設名 住 所 代表者氏名 印 電 話 ()				

※精神障害者保健福祉手帳の写しを添付してください。