

年 月 日

郡上市長 様

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_ ㊟  
 電話番号 \_\_\_\_\_  
 対象者との続柄 \_\_\_\_\_

在宅障がい者交通費助成申請書

郡上市在宅障がい者交通費助成事業要綱第 9 条の規定により、下記のとおり申請します。

対象者氏名	※申請者と同じ場合は省略可
対象者住所	※申請者と同じ場合は省略可
施設名称	
申請月	年 月 ～ 年 月

【施設確認欄】

上記の者は、障害等に起因して上記の期間中に次のとおり通院等していることを証明します。 年 月 日 施設住所 名称 代表者氏名 ㊟	
内訳(月ごとに記載下さい) _____年 月 回 _____年 月 回 _____年 月 回 _____年 月 回 _____年 月 回 _____年 月 回	※市役所記入欄

注) タクシー又は福祉有償運送を利用の場合は、領収書を裏面に貼付して下さい。3月31日までの交通費は、4月10日（10日が休日の場合は直前の開庁日）までに提出をお願いします。