

様式第1号(第5条関係)

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対象者申込書

郡上市在宅障がい者交通費助成事業実施要綱第5条の規定による対象者として登録されたく、次のとおり申し込みます。

なお、当該申請にかかる審査のため、対象者世帯の住民登録資料、税務資料について、閲覧することを承諾します。

対象者氏名		生年月日	年 月 日生
対象者居住地			
所持手帳等	1. 身体障害者手帳 (級) 2. 療育手帳 () 3. 精神保健福祉手帳 (級) 4. 特定疾患医療受給者(難病)		
施設名			
施設所在地			
通院等の理由	(障害等に起因する通院等の理由を記述)		
交通手段	タクシー・福祉有償運送・自家用車・その他 ()		
助成金振込口座	金融機関名	支店名等	口座種別
	銀行・農協 信金・信組	店	普通・当座
	口座番号	口座名義人	
		(フリガナ)	

添付書類:身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳の写し及び福祉医療受給者証の写し、特定疾患医療受給者にあつては受給者証の写しを添付してください。