

様式第1号（第4条関係）

年 月 日

大野城市障がい者施設通所費用助成金交付申請書兼請求書

大野城市長 宛

申請者 住所 大野城市

氏名 印

電話番号

大野城市障がい者施設通所費用助成金の交付について、次のとおり申請及び請求します。

1. 交付申請（ 年 月分）

公共交通機関名・経路	往復単価	通所日数	交付申請額
～ ～	(上限額280円)		
上記について、事実と相違ないことを証明します。 年 月 日 施設所在地 施設名 施設長 印			

2. 請求 上記の交付申請額を請求します。

振 込 口 座	銀行・支店名	銀行	支店
	預金種別	普通・当座	(口座番号)
	フリガナ		
	口座名義人		

※請求者本人の口座に限ります。

3. 助成金の申請及び請求を施設長に委任する場合

代理人氏名（施設長）	
上記の者を代理人と定め、申請及び請求に係る手続きを委任します。	申請人氏名 印