

令和〇〇年〇〇月〇〇日

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 大野城市〇〇〇〇丁目〇番〇号
氏名 大野城 太郎 ㊟
電話番号 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇

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（令和〇〇年〇〇月分）

公共交通機関名・経路		往復単価	通所日数	交付申請額
西鉄バス	南ヶ丘四ツ角～下大利駅	280円	20日	5,600円
西鉄電車	下大利～西鉄福岡	(上限額280円)		
福岡市地下鉄	天神～大濠公園			

往復単価×通所日数

上記について、事実と相違ないことを証明します。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

施設所在地 福岡市中央区〇〇〇〇丁目〇番〇号

施設名 福岡就労センター

施設長 福岡 太郎 ㊟

1日あたりの各交通機関の往復単価の総計が280円を下回る場合は往復単価の総計を記入、280円を上回る場合は「280円」と記入して下さい。

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	大野銀行 曙町支店
	預金種別	普通 (口座番号) 〇〇〇〇〇〇
	フリガナ	オオノジョウ タロウ
	口座名義人	大野城 太郎

定期券を使用して通所している場合

1日あたりの日割り計算により1日あたりの往復単価を算出してください。

※1ヶ月（30日）定期の場合

定期代 18,000円 ÷ 30日

= 600円（1日あたりの往復単価）

振込口座は、必ず申請者本人の口座を記入してください。

※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）	福岡 太郎
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 大野城 太郎 ㊟