

厚真町重度心身障がい児等通院交通費助成金交付申請書

令和 年 月 日

厚真町長 宮坂 尚市朗 様

住所 厚真町

申請者（保護者）氏名

印

電話

このことについて、下記のとおり厚真町重度心身障がい児等通院交通費助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

記

- 1 助成対象児童 住 所：
氏 名：
生年月日：
- 2 障がいの内容 ・身体障害者手帳 < 種 級> 障がい
・療育手帳< A ・ B >
・その他（ ）
- 3 通院医療機関 医療機関名： （主治医）：
- 4 助成通院期間 自 令和8年4月1日
< 6 か月分 >
至 令和8年9月30日
- 5 助成金交付申請額 金 円
経路1 バス ～
経路2 鉄道 ～
- 6 他の補助金の有無 ☐ 他に通院に要する交通費の補助等は受けていない。
☐ 他に通院に要する交通費の補助を受けている。
補助事業の名称：
- 7 助成金振込先 金融機関： 支店名：
口座番号：
口座名義(フリガナ)：