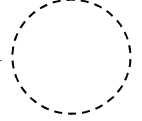


申請手続きは、申請月の10日（4月申請のみ5日）までに行ってください。

記入例

申請者の捨印を押印ください。
記入誤りを保健所で修正できるようになります。

捨 印



様式第2号

令和〇〇年 〇月 〇日

小樽市精神障害者社会復帰施設等通所交通費助成申請書

小樽市長 迫 俊哉 様

4月申請では「3月31日以前の日」
としてください

申請者

住 所 小樽市緑3-4-1

氏 名 小樽 太郎

電話番号 0134-〇〇-◆◆◆◆



小樽市精神障害者社会復帰施設等通所交通費助成要綱第6条第1項の規定に基づき、交通費の助成を申請します。

1. 通所内容

通所施設の住所 札幌市中央区北〇条西〇丁目〇-〇

通所施設の名称 〇〇〇事業所

電話番号 011-◆◆◆-□□□□

施設代表者名 △△ △△

対象となる年月や申請額に誤りがないよう御注意ください。

2. 〇〇年1月分～〇〇年3月分までの交通費助成申請額

月分	申請額 (円) (所要額×1/2)	所 要 額 往復 (円)	内 訳
1	6,790	13,580	@ 1,940円 × 7 日
2	6,790	13,580	@ 1,940円 × 7 日
3	7,760	15,520	@ 1,940円 × 8 日
計	21,340	42,680	

(振込希望金融機関名等)

銀行 〇〇 金庫 組合	〇〇 支店	種 別 普通 当座	口座番号 フリガナ 口座名義人	●●●●●●●● オタル タロウ 小樽 太郎
-------------------	----------	-----------------	-----------------------	------------------------------

3. 添付書類

(1) 交通費助成対象通所者名簿 (様式第3号)

初めての方は通帳の支店名
や口座番号が分かる部分の
コピーを添付ください。