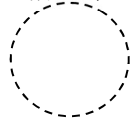


# 記入例

捨印を押印いただくと、  
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 4 号

令和 ● 年 ● 月 ● 日

小樽市長 迫 俊哉 様

所 在 地 小樽市花園 2 丁目 1 2 番 1 号

施 設 名 社会福祉法人 小樽 はなぞの

施設代表者名 理事長 後志 次郎

の 理  
職 事  
印 長

小樽市精神障害者社会復帰施設等通所交通費助成代理申請書

代表者の職印または  
施設の社印を押印く  
ださい。

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 3 項の規定により別紙、小樽  
市精神障害者社会復帰施設等通所交通費申請内訳書（様式第 5 号）に記載の

小樽 太郎 外 1 名の代理人として交通費の助成を申請いたします。

1 令和 ● 年 ● 月分 ～ 令和 ● 年 ● 月分までの交通費助成申請額

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。

＊ ＊ , ＊ ＊ ＊ 円

（振込希望金融機関名等）

|    |    |          |     |       |               |
|----|----|----------|-----|-------|---------------|
| 小樽 | 銀行 | 花園<br>支店 | 種 別 | 口座番号  | 1 2 3 4 5 6 7 |
|    | 金庫 |          | 普通  | フリガナ  | フク) オタル       |
|    | 組合 |          | 当座  | 口座名義人 | 社会福祉法人 小樽     |

## 2 添付書類

（1）交通費助成対象通所者名簿（様式第 3 号）

（2）小樽市精神障害者社会復帰施設等通所交通費申請内訳書（様式第 5 号）