



様式第 2 号

年 月 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

申請者

住 所

氏 名

印

電話番号

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

通所施設の名称

電話番号

施設代表者名

2. 年 月分～ 年 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
			@ 円 × 日
			@ 円 × 日
			@ 円 × 日
計			

(振込希望金融機関名等)

銀行	支店	種 別	口座番号	
金庫		普通	フリガナ	
組合		当座	口座名義人	

3. 添付書類

(1) 交通費助成対象通所者名簿 (様式第 3 号)