別記様式第４号（第６条関係）

障害者施設通所交通費助成請求書

令和　　年　　月　　日

大 竹 市 長 様

　　　　　　　 　　　請求者　障害者施設の所在地

　　　　　　　　施設長等の氏 名

　令和　　年度　　　　月分 円を請求します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 助成対象者  氏名 | 通所日数 | 助成対象日数  Ａ | 通所のための経費（月額） | | |
| 実支給額  Ｂ | 基準額Ｃ  (420円×A) | ＢとＣの低い額 |
|  |  |  |  |  |  |
| 合 計 | | | | |  |

※実績記録票（複写可）を添付してください。

※記録票には必ず**事業所の証明印**と**受給者確認印**がついたものを添付してください。

振込先情報(必須)　選択肢は○で囲んでください。

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行  金庫  信組　　　　　　　　　　　　　　　　　支店  農協  漁協 |
| 口座名義  (カタカナ) |  |
| 口座番号 | 普通  当座 |