別記様式第１号（第６条関係）

日野町精神障害者支援施設等通所交通費補助金交付申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　日野町長　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　次のとおり日野町精神障害者支援施設等通所交通費補助金を交付されるよう申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象者 | 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 通所施設名 |  |
| 通所経路 |  |
| 通所に係る交通費および補助金額 | 交通費 補助金額 　　年　　月　　　　円×１／２＝　　　　円 　　年　　月　　　　円×１／２＝　　　　円 　　年　　月　　　　円×１／２＝　　　　円 　　年　　月　　　　円×１／２＝　　　　円　　　　　　　　　　　　　　計　　　　　　円 　　　　　※補助金限度額：月当たり１０，０００円 |
| 申請書金額 |  円 |

（注）交通費および通所実績証明書（別記様式第２号）を添付すること。