

千葉市心身障害者通所交通費助成請求書

年 月 日

(あて先) 千葉市長

請求者 住 所 千葉市

氏 名 (※)
(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

次のとおり (年 月分～ 年 月分) 通所交通費助成を受けたいので、関係書類を添えて請求します。

受給資格者	フリガナ			
	氏 名			
	住 所	千葉市		
	連絡先電話番号	— —	連絡先電子メールアドレス	@
通 所 施設 名				

《 添付書類 》

- ・千葉市心身障害者通所交通費助成通所証明書 (必ず添付してください。)

[福祉有償運送又はタクシー (医療的ケアを必要とする者又は強度高度障害のある者のうち受給資格認定を受けた方のみ) を利用した場合は上記に加えて次のものが必要です。]

福祉有償運送又はタクシーの領収書等
(各月ごとの通所に要した運賃の額及び利用回数の分かるもの)

※担当者記入欄

	年 月分	年 月分	年 月分	合 計
支給額	円	円	円	円
備 考				