

様式 2

横浜町療育施設等通所交通費助成支給申請書

令和 年 月 日

横浜町長

申請者（利用児の保護者）

住所 横浜町字 _____

氏名 _____ (印)

通所者との続柄 _____

電話番号 _____

下記のとおり、横浜町療育施設等通所交通費助成について申請します。

通所者
ふりがな
 氏名： _____ 住所：横浜町字 _____

通所日数

月	日にち							計
4月								日
5月								日
6月								日
7月								日

上記のとおり、通所日数について相違ないことを証明します。
 令和 年 月 日

施設名称 _____ (印)

施設住所 _____

電話番号 _____

※枠内は通所事業所記入してもらってください。

【町記入欄】

	通所方法	区間	金額（片道）	日数	合計
(A)		～			
(B)	上限月 5000 円			(月数)	

支給決定額（A・Bの低い額） _____ 円