

上半期は10月15日まで  
下半期は3月31日まで

記入例

令和5年10月5日

高浜町障がい者支援施設等通所交通費助成金交付申請書兼請求書

高浜町長 様

申請者 住 所 高浜町●●11-22-33

氏 名 高浜 太郎

対象者

電話番号 0770-72-\*\*\*\*

私は、高浜町障がい者支援施設等通所交通費助成要綱の規定により、下記のとおり助成金の交付を申請をします。また、交付が決定したときは、助成金を請求します。

記

半年ごとの期間  
例) 4月～9月  
10月～3月

- 1 通所期間 令和5年4月 ～ 令和5年9月
- 2 助成金の申請 (請求) 額 31,600円 (別紙計算書のとおり)
- 3 振込先

金融機関名 (ゆうちょ銀行除く。)	支店名 (店舗名)	預金種別	口座番号	フリガナ 口座名義
●●銀行	●●支店	普通 当座	9999999	タカハマ タロウ
ゆうちょ銀行	記 号	番 号		高浜 太郎

4 通所日数の証明

通所施設記入欄	上記の申請者については、次のとおり利用したことを確認しました。						
	区 分	4月	5月	6月	7月	8月	9月
	通所日数	10日	11日	9日	10日	8日	12日
令和5年10月3日							
所 在 地		小浜市●●44-55-66					
施 設 名		●●●●●●					
代 表 者 氏 名		●● ●●			印		

添付書類：登録認定通知書 (写)、通帳 (写) [通帳を開いた1・2ページ目]

※内容確認のため上記申請者に担当部署より連絡させていただくことがあります。  
申請者と書類作成者 (連絡先) が異なる場合は、下記を御記入ください。

住所 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

## 交通費助成金計算書

No.	通所月	通所回数	交通費（往復）	月額計
1	4月	10回	660円	6,600円
2	5月	11回	660円	7,260円
3	6月	9回	660円	5,940円
4	7月	10回	660円	6,600円
5	8月	8回	660円	5,280円
6	9月	12回	660円	7,920円
合 計 <A>				39,600円
交通費（定期） <B>				47,520円
助成金の申請（請求）額 【A又はBの低い方の額×8/10】 （100円未満の端数は、切捨て）				31,600円

※交通費（往復）及び交通費（定期）は、「登録認定通知書」にて確認すること。