

様式第 1 号（第 5 条関係）

日野町障がい者就労促進支援事業交通費助成金交付申請書

年 月 日

日野町長 様

（申請者）

住 所

氏 名

電話番号（ ） ー

年 月分の通所に係る交通費の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

対象者	住 所		生年 月 日	年 月 日
	ふりがな		電話 番号	
	氏 名			
事業所名			所在地	
			電話番号	
交通手段及び 交通費（A）		☐ 公共交通機関等（バス・JR・その他）※該当するものに○をつける 利用区間（ ～ ） （a）定期券の価格 円 （b）片道あたりの価格 円（ア） 1月の利用回数 行き 回・帰り 回 合計 回（イ） $(ア) \times (イ) =$ 円 ※（a）と（b）を比較して少ない方の額： 円…① ☐ 事業所の所有する送迎用の自動車 ・1回あたりの利用料 円（ア） ・1月の利用回数 行き 回・帰り 回 合計 回（イ） $(ア) \times (イ) =$ 円…② ☐ 自家用自動車 ・距離（片道）12円× km = 円（ア） ・1月の利用回数 行き 回・帰り 回 合計 回（イ） $(ア) \times (イ) =$ 円…③ 交通費（①+②+③） = 円		
通勤手当（B）		月額 円		
助成金申請額 （C）		円【 $(A) - (B) \times 1/2$ 】		

（添付書類）

- 1 通所証明書（様式第 2 号）
- 2 交通費及び通勤手当の内容を明らかにする書類
- 3 債権者登録用紙（初回申請時のみ）