

様式第1号(第2条関係)

精神障害者デイケア等交通費受給資格登録申請書

年 月 日

豊後大野市長 様

申請者 住 所
氏 名
(助成対象者との続柄;)

豊後大野市精神障害者デイケア等交通費助成に関する条例施行規則第2条の規定に基づき、下記により精神障害者デイケア等交通費受給資格登録申請をします。

記

1 対象者

氏 名		生年月日	年 月 日
住 所	豊後大野市	電話番号	
精神障害者保健福祉手帳	手帳番号	障害等級	級

2 通所施設

施設名	利用交通手段	交通区間	交通費	備考
		～	片道 円	
		～	片道 円	
		～	片道 円	

※添付書類

- ・精神障害者保健福祉手帳の写し
- ・豊後大野市内に住所を有することを証する書類
- ・医師の証明書