

第1号様式（第6条関係）

心身障害児療育旅費及び施設入所児訪問旅費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

天城町長 殿

申請(請求)者 住 所 天城町

氏 名

印

対象児との続柄

電話番号

天城町心身障害児療育旅費及び施設入所児訪問旅費助成要綱に基づき、次のとおり助成金の交付を申請します。

対 象 児	住 所	天城町		
	氏 名		生年月日	年 月 日()歳
	障がい程度		手帳交付 年 月 日	
	身体障害者手帳 ・療育手帳番号			

医療機関等証明欄

患者氏名	
疾病名	
(入院・通院) 期間	年 月 日 から 年 月 日
上記のとおり、証明します。 年 月 日 医療機関等の所在地 医 療 機 関 名 印	

施設長証明欄

入所児氏名		生 年 月 日	年 月 日
※1・2の いずれかに 記 入	1 訪問日	年 月 日	訪問者氏名(続柄) ()
	2 自宅研修(引き取り)期間		
上記のとおり、証明します。 年 月 日 施設名(所在地) 印			

【添付書類】交通旅費(船又は飛行機運賃)の領収書・町税等完納証明書

※療育旅費の場合は医療機関等から、訪問旅費の場合は施設長から証明をいただってください。

支給決定伺(※この欄は、記入しないでください。)

決 裁 欄	町長	副町長	総務課長	課長	補佐	係長	係
助 成 額	区分			実費運賃		助成額	
	対象児分	航 空 運 賃		円		円	
		船 舶 運 賃		円		円	
	保護者分	航 空 運 賃		円		円	
		船 舶 運 賃		円		円	
合計						円	
備 考							

