第５号様式（第９条関係）

流山市障害者支援施設等通所交通費助成請求書

　　年　　　月　　　日

（宛先）流山市長

住所

請求者

氏　名

下記の期間の流山市障害者支援施設等通所交通費助成金を請求します。

期間　　　　月　～　　　月分　請求額　　　　　　　　円

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 通所状況 | 該当月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 |
| 日数 | 　　日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
| 特記事項 |  |
| 確認者 | 上欄のとおり、対象者の通所状況を確認しました。　　年　　月　　日施設名所在地電話代表者　　　　　　　　　　　　　　　　（※）※代表者が手書きしない場合は、押印してください。 |

※必ず通所施設の確認を受けてください。

事前に対象障害者（児）、口座、経路等の登録申請をしてください。