

様式第 1 号(第 5 条関係)

伊勢市障害児機能訓練通所交通費助成申請書				
年 月 日				
(宛先)伊勢市長				
住 所				
申請者 氏 名				
(通所児童との続柄)				
電 話				
伊勢市障害児機能訓練通所交通費に係る助成を受けたいので、伊勢市障害児機能訓練通所交通費助成事業実施要綱第 5 条の規定により、次のとおり申請します。				
通 所 児 童	住 所	☐ 申請者と同じ		
	氏 名		生 年 月 日	年 月 日
手 帳 種 別	☐ 身体障害者手帳 ☐ 療育手帳		手 帳 番 号	
機 能 訓 練 施 設 名				
対 象 期 間	年 月分から 年 月分まで			
振 込 先	金 融 機 関 名	口座 種別	口 座 番 号	(フ リ ガ ナ) 口 座 名 義 人
	銀行 信用金庫 農協 本店 支店 出張所			()

添付書類 伊勢市障害児機能訓練通所証明書（様式第 2 号）その他の機能訓練施設に通所したことを証する書類