

第1号様式（第6条関係）

心身障害児（者）療育旅費及び施設入所児（者）訪問旅費助成金申請書

伊仙町長 殿

申請者

住 所： 大島郡伊仙町

番地

氏 名：

印

対象児（者）との続柄：

電話番号：

対象児 (者)	住 所			
	氏 名		生年月日	年 月 日生
	障害の程度		手帳交付 年月日	年 月 日
	身体障害者手帳 療育手帳番号	鹿児島県第 号		

医療機関等証明欄

患者氏名			
疾病名			
島外での受診を 必要とする理由			
入院・通院の別	入院・通院	入院・通院期間：	年 月 日から 年 月 日まで
上記のとおり証明します。 年 月 日 医療機関等の所在地： 医療機関等名： 印			

施設長証明欄

入所児（者）氏名		生年月日	年 月 日生
※1・2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）		年 月 日から 年 月 日
上記のとおり証明します。 年 月 日 施設等の所在地： 施設長名： 印			

助成金振込口座（郵便局は利用できません）

金融機関名（本店・支店別）	口座名義人（フリガナ）	預金種別（当座・普通）	口座番号
銀行・金庫・組合・農協 本店・支店	（フリガナ）	当座・普通	

支給決定伺い（※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	主管課長	補 佐	係 長	係
該当・非該 当の別	該 当 非 該 当	受付年月日	年 月 日	助成額	円		
		決裁年月日	年 月 日				
		支給年月日	年 月 日				

添付書類・・・交通旅費（船又は飛行機運賃）の領収書

※ 療育旅費の場合は医療機関から、訪問旅費の場合は施設長から証明をいただいでください。