様式第１号（第５条関係）

令和　　年　　月　　日

（宛先）勝浦町長

申請者（保護者）

住　　所　勝浦町大字

氏　　名

対象児との続柄

勝浦町障害児通所交通費助成申請書

交通費の助成を受けたいので、勝浦町障害児通所交通費助成事業実施要綱第５条の規定により、申請します。

助成の決定に当たり、対象児にかかる障害児通所支援の支給決定情報等を調査することに同意します。

申請者	住　　所	勝浦町大字　　字
	氏　　名	
	生年月日	年　　月　　日
	電話番号	－　　－
通所事業所名称		１ 年　　月　　日から通所開始 無料送迎サービス　□あり　□なし
		２ 年　　月　　日から通所開始 無料送迎サービス　□あり　□なし
		３ 年　　月　　日から通所開始 無料送迎サービス　□あり　□なし

市町村記入欄

決　　定	□助成する １（　　km）２（　　km）３（　　km） □助成しない 理由（　　）