様式第１号（第５条関係）

心身障害者通院通所交通費助成申請書

|  |  |
| --- | --- |
| 年　　月　　日    　　日立市長　　　　　殿      住所  電話　(　　)  フリガナ  氏名  個人番号    (生年月日　　　・　　・　　)    　　次のとおり交通費助成を申請します。 | |
| □　身体障害者手帳(障害名)    級 | |
| □　療育手帳 | |
| □　精神障害者保健福祉手帳  級 | |
| 請求書希望 | * 請求書に基づく助成を希望します。 |