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。
 |