様式第１号（第５条関係）

瀬戸市障害者就労支援交通費助成申請書

年　　月　　日

（宛先）瀬戸市長

住　　所
申請者　　氏　　名
生年月日
電話番号　（　　）

障害者就労支援交通費の助成を受けたいので、下記のとおり申請します。
また、同意事項について同意します。

記

<table>
<tr><td rowspan="3">通所事業所等</td><td>名称</td><td colspan="10"></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="10"></td></tr>
<tr><td>事業種別</td><td colspan="10">就労移行支援　・　就労継続支援</td></tr>
<tr><td colspan="2">通　所　開　始　日</td><td colspan="10">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="3">振込先</td><td>金融機関名
金融機関コード</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>支店・支所名
店番号</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>口座番号</td><td colspan="6"></td><td colspan="4">普通　・　当座</td></tr>
<tr><td>（フリガナ）
口座名義</td><td colspan="10"></td></tr>
<tr><td colspan="2">同意事項</td><td colspan="10">就労支援交通費助成を受けるに当たって必要な場合は、氏名、住所、障害、生活保護の受給状況等について、瀬戸市保有の公簿等により市職員が確認することに同意します。</td></tr>
</table>

下記事項を確認し、チェックをお願いします。
□生活保護を受給していない。
□通所先事業所等による無料の送迎サービスを利用していない。
□通所先事業所等から通勤手当及びそれに類する手当が支給されていない。

（裏面あり）

通所方法は次のとおりです。

（下記より該当する通所方法を記入してください。）

利用する交通機関等	区間（乗降駅名等）	片道の運賃等	距離 （自家用車のみ）
	から　　まで	円	片道　　ｋｍ
	から　　まで	円	片道　　ｋｍ
	から　　まで	円	片道　　ｋｍ

※距離については、自家用車を利用する場合のみ記入してください。

※以下の証明を通所する事業所等から受けてください。

〈事業所等確認欄〉

上記のとおり相違ないことを証明します。

年　　月　　日

事業所名

所 在 地

代表者名

電　　話