

第1号様式（第6条関係）

瀬戸市障害者就労支援交通費助成登録申請書

年 月 日

（宛先）瀬戸市長

住 所
申請者 氏 名
電話番号 （ ）

瀬戸市障害者就労支援交通費助成事業実施要綱第6条の規定により、次のとおり申請します。
また、就労支援交通費助成を受けるに当たって必要な場合は、個人情報（氏名、住所、障害の状況、生活保護の受給状況等）について、公簿等により瀬戸市が確認することに同意します。

対象者	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		生年月日	S・H 年 月 日			
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 瀬戸市						
通所事業所	名称							
	所在地							
	事業種別	就労移行支援 ・ 就労継続支援						
	通所開始日	年 月 日						
振込先	金融機関名	銀行 信用金庫			金融機関 コード			
	支店名	支店			支店コード			
	口座種別	普通・当座	口座番号					
	(フリガナ)							
	口座名義人							
確認事項	<input type="checkbox"/> 瀬戸市からサービス支給決定を受けている。 <input type="checkbox"/> 生活保護を受給していない。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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				
□公共 交通機関	種類	区間（乗降駅名等）		片道の運賃等
	電車	から	まで	円
	バス			
	電車	から	まで	円
	バス			
	電車	から	まで	円
	バス			
	電車	から	まで	円
バス				
□送迎 サービス	から		まで	
	□日額	1回 円（片道） 上限：あり（ 円）・なし		
	□月額	円 / 月 （回数関係なし）		
	□その他			
□自家用車	片道	k m （最短距離）		

※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〉	
対象者の通所方法について、表面及び上記のとおりであると確認しました。	
	年 月 日
事業所名	
所在地	
代表者名	
電 話	