|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **心身障害児療育旅費助成金申請書**  別記第１号様式（第４条関係）  　　令和　　　年度旅費助成金を下記のとおり申請いたします。  　龍郷町長　殿  住　所　大島郡龍郷町  氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　印  対象児との続柄　　（　　　）  電話番号 | | | | | | | |
| 対　象　児 | 住　　　　所 | | 大島郡龍郷町 | | | | |
| 氏　　　　名 | |  | | 生年月日 | 年　　　月　　　日生 | |
| 身体障害者手帳又は、療育手帳番号 | | 鹿児島県  第号 | | 手帳交付 年　月　日 | 年　　　月　　　日 | |
| 経由 | |  | | 旅費実費額 | 対象児分　　　　　　円 | | 保護者分　　　　　　円 |
| 助 成 金振込口座 | | フリガナ |  | | 金融機関名 | 銀行・金庫・組合 | |
| 口座名義人 |  | | 支店・支所 | |
| 預金種別 | 当座　・　普通 | | 口座番号 |  | |

　◎　医療機関等証明

|  |  |
| --- | --- |
| 入（通）院児氏名 |  |
| 疾病名 |  |
| 入　　院  　　　　　　　　　　期　間　　令和　　　年　　　月　　　日～令和　　　年　　　月　　　日  通　　院 | |
| 上記のとおり、証明します。  令和　　　年　　　月　　　日    　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関等の所在地  　　　　　　　　　　　　　　　　　　病　　　院　　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞  印 | |

**◎支給決定伺（※この欄は、記入しないで下さい。）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決　　　済　　　欄 | | | 課長 |  | 補佐 |  | 係長 | | |  | 係 |  |
| 該　当 | 該　当  非該当 | 受付年月日 | 令和　　年　　月　　日 | | | | | 助 | 円  （保護者　　　　　　　円）  （対象児　　　　　　　円） | | | |
| 非該当 | 決済年月日 | 令和　　年　　月　　日 | | | | | 成 |
| の　別 | 支給年月日 | 令和　　年　　月　　日 | | | | | 額 |