様式第１号（第４条関係）

洲本市移動手段確保事業助成券交付申請書

年　　月　　日

洲本市長　様

申請者　〒

住　所　洲本市

氏　名

印

対象者との続柄

電話（　　　）

洲本市移動手段確保事業実施要綱に基づき助成券交付を申請します。

なお、本事業の申請にあたり、収入状況等を調査することに同意します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対　象　者　・　児 | 住所 | 洲本市 | | | |
| 氏名 |  | 男・女 | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 障害区分 | ・身体障害者手帳（１級・２級）  ・療育手帳　Ａ判定  ・精神障害者保健福祉手帳　１級 | | | |
| 手帳番号 | 第　　　　　　　　号 | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 検　　認 | 助成券受領 |
|  |  |  |

＊以下の欄は、記入しないでください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 交付番号 | 交　付　年　月　日 | 交付枚数 | |  |
| 600円券 | 100円券 |
|  | 年　　月　　日 | 枚 | 枚 |

申立書

洲本市移動手段確保事業実施要綱第３条第２項第１号から第３号に該当していないことを申立てます。

第１号　社会福祉法（昭和２６年法律第45号）第２条第２項に掲げる第１種社会福祉事業を行う施設に入所している者

第２号　介護保険法（平成９年法律第123号）に規定する介護老人福祉施設、介護老人保健施設及び介護療養型医療施設に入所し、又は入院している者

第３号　医療法第１条の２第２項に規定する医療提供施設に入院している者

令和　　年　　月　　日

洲本市長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　対象者との続柄