

こども療育ガソリン代助成申請書

年 月 日

糸魚川市長 様

申請者住所 糸魚川市

(窓口へ来た人)氏名

障害者との続柄 ()

1 助成対象者について(申請者と住所が同じ場合は省略してください)

ふりがな 氏名		住所	糸魚川市	
種類	手帳番号	等級等	助成額 (年額)	
①身体障害者手帳	糸魚川市・西頸城郡 第 号	1級・2級・3級 4級・5級・6級	15,000円	
②療育手帳	糸魚川市・西頸城郡 第 号	A・B		
③精神障害者 保健福祉手帳	号	1級・2・3級		
④手帳なし	療育内容	手帳取得の希望 有・無		

2 通所施設名

	通所施設名	年間通所予定回数
①		回
②		回
③		回
合計		回

3 受領

燃料費助成券

左記確かに受領しました。

申請者受領印

----- 福祉事務所の処理欄 -----

受付・交付	決裁	交付番号	燃料費助成券 No.
			年 月 日 受付・交付