

若桜町障がい者作業所等通所費助成金交付申請書

年 月 日

若 桜 町 長 様

申請者 住所 若桜町大字_____

氏名 _____□

若桜町障がい者作業所等通所費助成金交付要綱第4条の規定に基づき、助成金の交付を申請します。

記

助成金額	金 円				
通所施設名					
通所区間	～				
通所方法	往 路	汽 車	バ ス	その他（ ）	
	復 路	汽 車	バ ス	その他（ ）	
通所期間	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日				
通所日数等		月	月	月	月
	通 所 日 数				
	開 所 日 数				

以上を証明します。

通所施設代表者 住所

氏名 _____□