

高山市障がい児通園等助成事業申請書

(あて先)高山市長

保護者 氏 名 _____
住 所 _____
電話番号 _____
障がい児との続柄 _____

高山市障がい児通園等助成金の交付を受けたいので、高山市障がい児通園等助成事業実施要綱第 5 条の規定により、次のとおり申請します。

記

(ふりがな)												
障がい児氏名												
住 所	高山市						番地					
生 年 月 日	年 月 日											
障がいの内容							手帳の種類 (所持者のみ)	身体	級			
								療育				
								精神	級			
通園施設・病院名												
所 在 地												
電 話												
通園(通院等)の内容												
通園時、保護者が 送り迎えした回数・ 通院等の回数	4 月		5 月		6 月		7 月		8 月		9 月	
	10 月		11 月		12 月		1 月		2 月		3 月	
通園(通院等)の回数	(飛騨地域)						300 円	×	回(1 か月 15 回を限度)			
	(飛騨地域以外)						4,500 円	×	回(1 か月 4 回を限度)			
宿 泊	月 回		3,000 円		×		回(1 か月 4 回を限度)					
保護者の付添い							4,500 円	×	回(1 か月 4 回を限度)			
助成申請額	円											
※助成決定額	円											

※印は記入しないこと。

[添付書類]

- ・別記様式第 2 号又は施設等の領収書など
- ・宿泊を伴う地域の施設等へ通うためにホテル等に宿泊した場合はホテル等の領収書
- ・入院中に保護者が付添いのために病院と自宅を往復（入退院時の移動は除く。）した場合は、高速道路の領収書、公共交通機関の領収書、病院へ通った事が確認できる領収書など