様式第１号（第５条関係）

障害者（児）通所支援金支給申請書

　　年　　月　　日

　　宍粟市長　様

（申請者）住所

氏名

対象者との続柄

　障害者（児）通所支援金の支給を受けたいので、下記のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 生年月日 | 　　　年　　　月　　　日 |
| 氏　名 |  |
| 住　所 | 〒　　（電話番号） |
| 手帳の有無 | □身体　　□療育　　□精神　　□無 |
| 利用サービス | □就労移行支援　 □就労継続支援Ａ型 　 □就労継続支援Ｂ型　　　　　　　　　　□自立訓練　　　　□生活介護　 □地域活動支援センター□児童発達支援　　□放課後等デイサービス□（　　　　　　　　　　） |
| 通所施設名称 |  |
| 通所経路 | * 別記「通所経路」のとおり
* 前回の申請時と変更なし
 |

|  |
| --- |
| 振込口座　※18歳以上は本人名義の口座を記入 |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  |
| 口座名義人 |  |
| 金融機関名 | 支店名 | 口座種別 | 口座番号 |
| 銀行信用金庫信用組合農協 | 本店支店支所出張所 | 普通・当座 |  |  |  |  |  |  |  |
| * 前回の申請時と変更なし
 |

通所実績報告

|  |  |
| --- | --- |
| 通所者氏名 |  |
| 通所日数 | 通所月 | 　　月 | 　　月 | 　　月 |
| 経路①自宅～施設 | 日　 | 日 | 日 |
| 経路②学校～施設 | 日 | 日 | 日 |

上記のとおり、通所日数について相違ないことを証明します。

　　年　　月　　日

施設名称

施設住所

電話番号

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ここから下は記入しないでください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 月 | 月 | 月 | 備考 |
| 通所費用 | 経路①　　　 |  |  |  | 円／日 |
| 経路②　　　 |  |  |  | 円／日 |
| 計（月額上限適用後） |  |  |  | 月額上限　　　　円 |
| 加算Ⅰ | □該当□非該当 |  |  |  | 200円／日月額上限4,000円 |
| 加算Ⅱ | □該当□非該当 |  |  |  | 月16日以上通所月額1,000円 |
| 合計 |  |  |  |  |