

福祉作業所通所経費助成事業申請書

助成対象者の状況	ふりがな		男・女	生年月日	昭和 平成	年 月 日
	氏名					
	居住地	弥彦村				
	通所の方法・経路（具体的に記入）					
	通所に要する費用 (月額) 電車 円 バス 円 その他 円 合計 円					
通所期間 月 ~ 月 (3か月間) 月 日間 (全出勤日数の %) 月 日間 (全出勤日数の %) 月 日間 (全出勤日数の %)						
上記のとおり福祉作業所に通所しましたので、通所経費の助成を申請します。						
令和 年 月 日						
申請者(保護者) 住 所 氏 名 ⑩ 対象者との続柄 (
社会福祉法人弥彦村社会福祉協議会長 様						
作業所証明欄	上記のとおり相違ないことを証明します。					
	令和 年 月 日	証明者 住 所 作業所名 代表者名 電話番号				
振込先金融機関		支店	種別	普通		
フリガナ		口座番号				
口座名義						

- * 村内在住の方が村外の作業所に通所した場合に通所経費の一部を助成します。
- * 3か月毎に作業所の証明をもらって申請してください。
- * 通所日数が50%に満たない月は助成金の支給はありません。
- * 申請書の記載に不備がある場合または申請が遅れますと、助成金の支給が遅れます。

社協記入欄	月		円
	月		円
	月		円