

(様式 2)

年 月 日

平成 年度療育を要する乳幼児家庭の交通費助成申請書（後期）

南魚沼市社会福祉協議会長 様

〒

住 所 南魚沼市

申請者（保護者）氏 名

印

電 話

下記のとおり療育に要する交通費の助成を申請いたします。

記

対象者	住 所				
	ふりがな 氏 名		男・女	生年月日	平成 年 月 日
療育機関 通院・通所回数 (4月～9月)	療育機関名 1			通院・ 通所回数	回
	療育機関名 2			通院・ 通所回数	回
	療育機関名 3			通院・ 通所回数	回

保 健 師 意 見 欄	(保健師名 :)
----------------	-----------

助 成 決 定 欄	要 否 (理由)
--------------	-------------

※添付書類 …… ○通院回数を確認できるもの（領収書、診察券等のコピー）
○助成金振込口座確認書（様式 3）

(様式3)

平成 年度 療育を要する乳幼児家庭への交通費助成事業

助成金振込口座確認書

南魚沼市社会福祉協議会長 宛

金融機関名	
支店名	本店(所) ・ 支店(所)
口座番号	普通 ・ 当座
フリガナ	
口座名義人 楷書で、 <u>正確に</u> ご記入ください	

平成 年度助成金については上記の口座へ振り込み願います。

平成 年 月 日

申請者 住所 南魚沼市

氏名 _____ 印

- ★ 申請書と一緒に社会福祉協議会（社協）または市保健課担当保健師へ提出ください。
助成金は、ご記入いただきました口座にお振込みいたします。