様式第１号（第６条関係）

小豆島町障害児島外通院等交通費補助金受給資格登録申請書

年　　月　　日

小豆島町長　　殿

申請者　住所

氏名

次のとおり、障害児島外通院等交通費の補助を受けたいので申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | ふりがな氏名 | 　 | 生年月日 | 　 |
| 住所 | 　 |
| 障害児との続柄 | 　 | 連絡先 | 　 |
| 　対象障害児 | ふりがな氏名 | 　 | 生年月日 | 　 |
| 　対象車両 | 　 | 通院等の行き先 | 　 |
| 振込先 | 　支払希望金融機関 | 　 | 口座番号 | 　 |
| 口座名義人 | 　 |

※対象車両は、対象障害児が重度障害児の場合に記入。

※添付書類

　(1)身体障害者手帳の写し、療育手帳の写し、小児慢性特定疾病医療受給者証の写し、医師の診断書等又は通所受給者証の写し

　(2)自動車検査証の写し（通院等において、車両運賃の支払が生じる場合に限る。）

　(3)その他町長が必要と認めるもの

〈町記入欄〉

対象障害児の状態

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1　障害の程度 | □体幹機能障害(1級程度) | □運動機能障害(1級程度) | □中・軽度障害 |  |
| 2　移動の状況 | □全介助 | □車椅子利用 |  |
| 3　必要な医療的ケア | □気管切開管理 | □経管栄養 | □たん吸引 | □その他(　　　) |