

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	<input type="checkbox"/> 体幹機能障害 (1級程度)	<input type="checkbox"/> 運動機能障害 (1級程度)	<input type="checkbox"/> 中・軽度障害	
2 移動の状況	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 車椅子利用		
3 必要な医療的ケア	<input type="checkbox"/> 気管切開管理	<input type="checkbox"/> 経管栄養	<input type="checkbox"/> たん吸引	<input type="checkbox"/> その他 ()