

記入例

函館市障害者等外出支援事業助成申請書

年 月 日

函館市長 様

住 所 函館市東雲町4番13号
東雲アパート 102号室

申請者氏名 函館 太郎

押印不要です。

電話番号を記入してください。

電話番号 〇〇-〇〇〇〇

対象者との続柄(本人・父・母・妻・子)

18歳未満の方は、保護者の氏名を記入願います。

函館市障害者等外出支援事業の助成を受けたいので、函館市障害者等外出支援事業実施要綱に基づき、次のとおり申請します。

なお、申請に当たっては、私の「イカすニモカ (nimoca)」のデータ (カード IDi, カード利用履歴, その他関連するデータ) を本事業の助成金額の算出のために必要な範囲で函館市が株式会社ニモカ (nimoca カード発行事業者) からシステム連携により取得することに同意します。

対象者	住 所	函館市東雲町4番13号 東雲アパート 102号室
	氏 名	(フリガナ) ハコダテ タロウ 函館 太郎
	生年月日	(元号) 〇〇年 〇〇月 〇〇日
対象者の区分	・身体障がい 第 種 級 (視覚, 肢体, 内部, 聴覚・平衡, 音声・言語・咀嚼)	介護人 (該当・非該当)
	・知的障がい (重度 ・ 中度)	
	・特別児童扶養手当受給対象児 (身体障害者手帳または療育手帳 ある・なし)	
	・精神障がい (1級 ・ 2級 ・ 3級) (有効期限 〇年 〇月まで)	
	・戦傷病者	
	・原子爆弾被爆者	

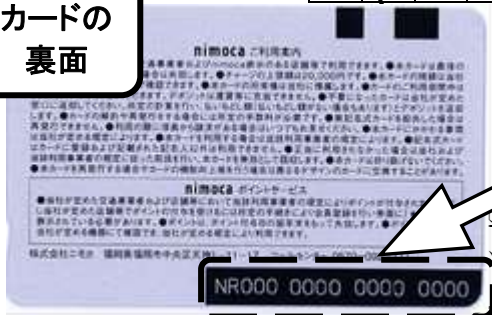
1 本人用カード IDi

N	R	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

介護人用カード IDi

N	R														
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

カードの裏面



このカード番号を本人用カード IDi の欄に記入してください。

通所施設等名 函館市事業所

る方は、医療機関発行の施設通所者等証明書を添付してください。

※助成上限額 なし ・ あり (27,000円)

上記のとおり、助成したい。

上限額を説明した場合、申請時期に応じた上限額を記入してください。

課長

施設等に通所している方や学校に通っている方は、記入してください。この場合、上限額の記載は不要です。