

様式第1号（第5条関係）

高石市障害者支援施設通所費支給申請書

年 月 日

高石市福祉事務所長 様

申請者 住所 _____

氏名 _____ 印

障害者支援施設通所費の支給について申請します。

対象者住所	
対象者氏名	
通所施設名	
通所方法	乗車区間 _____ 駅 ~ _____ 駅 通所費用 _____ 1ヶ月 _____ 円