

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

高石市長 様

申請者 住所

氏名

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 ~ 通所費用 円