

特別支援学級等通級付添費助成 申請書

令和 年 月 日

(宛先) 新潟市長

申請者 (保護者等) 住所 新潟市

氏名 _____

下記の児童生徒の通級付き添いに係る費用の助成を申請します。

記

1 対象児童生徒名

市立	(学級)	氏	平成	年	月	日生
学校	年 組	名	(満 歳)			
	身体障害者手帳	有・無	等級			
	療育手帳	有・無	等級			
	精神障がい者保健福祉手帳	有・無	等級			

2 助成対象額 *利用している交通手段についてのみ記載してください。

通級方法	区 間	経 費	
		1回の片道運賃	定期券額
バ ス	バス停名を記入 ～	保護者	(月定期) 円
		児童生徒	(月定期) 円
電 車	駅名を記入 ～	保護者	(月定期) 円
		児童生徒	(月定期) 円
自家用車	学校名または住所・及び片道の距離を記入 ～ (片道の距離 km)		円
	○を付けて、排気量もしくはバッテリー容量を記入 ・ガソリン車 (排気量 cc) ・ディーゼル車 (排気量 cc) ・電気自動車 (バッテリー容量 kWh)		

3 受領方法 (保護者口座) *ゆうちょ銀行の場合、漢数字の支店名を記入。

口座名義	フリガナ _____ 漢 字 _____
金融機関名	店 番 号 _____
	支 店 名 _____
預金種別	普通 ・ 当座 口座番号 _____