

更生訓練費支給申請書兼請求書

年 月 日

（宛先）春日市福祉事務所長

（申請者）住所

氏名

印

電話

春日市障害者更生訓練費支給事業実施要綱第4条第1項の規定により、  
更生訓練費の支給について、次のとおり申請（請求）します。

（ 年 月 分）

公共交通機関名・経路	往復単価	通所日数	金額
~ ~	円	日	円

上記については、事実と相違ないことを証明します。  
なお、施設等から通所のための経費を支給していないことを証明します。

年 月 日

（施設）

所在地

名称

施設長

印

（振込先金融機関） ※必ず御記入ください。 <input type="checkbox"/> 前回と同じ （金融機関名・口座名義人のみ記入してください。） <input type="checkbox"/> 振込先新規 <input type="checkbox"/> 振込先変更	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 農協	支店
	口座番号 （右づめで記入）	
	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	フリガナ 口座名義人

市役所CHK

資格  
 検算  
 金融機関  
 名義人

受付印