

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

申請者 氏 名

電話番号

対象者との続柄（本人・父・母・夫・妻・子・ ）

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
	氏 名	(フリガナ)
	生年月日	年 月 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 年 月まで）
	・戦傷病者	
	・原子爆弾被爆者	

1 本人用カード IDi

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

 -

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 -

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 -

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

介護人用カード IDi

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

 -

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 -

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 -

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2 添付書類

nimoca カードの写し（表裏）

3 施設等へ通所している方 通所施設等名

（注）精神科デイ・ケアに通われている方は、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 （ 円）

上記のとおり、助成したい。

課長	主査	係
----	----	---