

# 記入例

## 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 函館市東雲町4番13号  
東雲アパート 102号室

申請者氏名 函館 太郎

押印不要です。

電話番号 〇〇-〇〇 〇〇

電話番号を記入してください。

対象者との続柄 (本人・父・母・妻・子)

18歳未満の方は、保護者の氏名を記入願います。

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手帳要綱に基づき、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ニモカ (nimoca カード発行事業者) からシステム連携により取

介護人も助成対象となる障がいの場合は「該当」にまる(○)を付けてください。  
※介護人用カードを申請しない場合でも付けてください

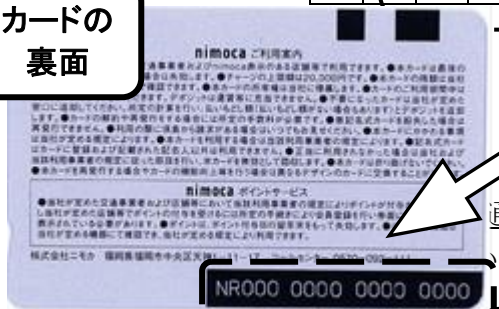
対象者	住所	函館市東雲町4番13号 東雲アパート 102号室
	氏名	(フリガナ) ハダゲ タロウ 函館 太郎
	生年月日	(元号) 〇〇年 〇〇月 〇〇日
対象者の区分	身体障がい	第2種4級 (視覚, 肢体, <b>内部</b> , 聴覚・平衡, 音声・言語・咀嚼) <span style="float:right">介護人 (該当・非該当)</span>
	知的障がい	( 重度 ・ 中度 )
	特別児童扶養手当受給対象児	(身体障害者手帳または療育手帳 ある・なし)
	精神障がい	( 1級 ・ 2級 ・ 3級 ) (有効期限 年 月まで)
	戦傷病者	
	原子爆弾被爆者	

1 本人用カード IDi N R 0 0 0 - 0 0 0 0 - 0 0 0 0 - 0 0 0 0

介護人用カード IDi N R

カードの裏面

このカード番号を「本人用」は本人用カードIDiの欄に、「介護人用」は介護人用カードIDiの欄に記入してください。



通所施設等名 函館市事業所

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** ( 27,000円)

上記のとおり、助成したい。

上限額を説明した場合、申請時期に応じた上限額を記入してください。

課長

施設等に通所している方や学校に通っている方は、記入してください。この場合、上限額の記載は不要です。