別記第１号様式（第５条関係）

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　　函館市五稜郭町 23 番１号
赤川通りアパート　１０１号室

申請者　氏　　名　　交通　太郎　印

押印願います。

電話番号

電話番号を記入してください。

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。

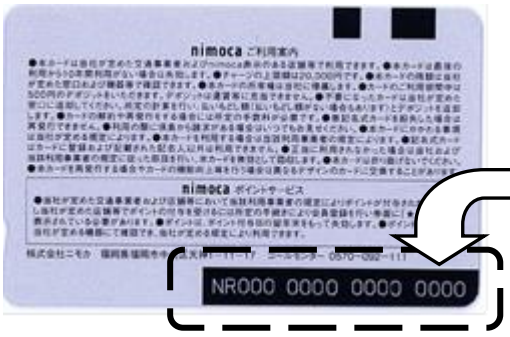
なお，申請に当たっては，私の「イカすニモカ（nimoca)」のデータ（カード IDi，カード利用履歴，その他関連するデータ）を本事業の助成金額の算出のために必要な範囲で函館市が株式会社ニモカ（nimoca カード発行事業者）からシステム連携により取得することに同意します。

対象者	住　所	函館市五稜郭町 23 番１号　赤川通りアパート　１０１号室	
	氏　名	(ﾌﾘｶﾞﾅ) ｺｳﾂｳ　ﾀﾛｳ 交通　太郎	
	生年月日	・大正　・昭和　・平成　　12 年　4 月　1 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　　育手帳　　）		
	・精神障がい（　1　　月まで）		
	・戦傷病者		
	・原子爆弾被爆者		

記載されている内容が違う場合は，取り消し線を引いて，その横に，正しい内容を記入してください。

１ 本人用カード IDi	N	R	1	2	3	－	4	5	6	7	－	8	9	0	A	－	0	9	8	7
介護人用カード IDi	N	R				－					－					－				

カードの裏面



このカード番号を「本人用カードIDi」欄に記入してください。

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。