

第 1 号様式（第 4 条第 1 項）

浦安市障がい者等外出支援 I C カード利用負担額助成申請書

令和 年 月 日

（宛先）浦安市長

住 所

申請者 氏 名

電 話 ( )

メール（任意）

浦安市障がい者等外出支援 I C カード利用負担額の助成を受けたいので、浦安市障がい者等外出支援 I C カード利用負担額助成規則第 4 条第 1 項の規定により、次のとおり申請します。

対 象 者	フリガナ	
	氏 名	
	住 所	
	生年月日	年 月 日生
	障がいの種類	身体障がい・知的障がい・精神障がい・その他

【確認事項】（該当する場合は、必ず□に✓印をつけてください。）

- 私は、公共交通機関等を利用するために交通系 I C カードを利用しています。
- 私は、A T M 受取サービスでの助成金受取のため、市が対象者に関する情報をサービス提供事業者提供することに同意します。
- ※ サービス提供事業者は、市から提供された情報を当該機能の利用の目的にのみ利用し、その他の目的には一切利用しません。

※ 助成金受取ハガキは、原則として、対象者の住所に送付します。やむを得ない事情で送付先の変更が必要な場合は、別途送付先変更の手続きをしてください。

【添付書類】 身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳の交付を受けたものにあつては、その写し