

記入例 1

障害者施設通所交通費助成申請書

年 月 日

海田町長様

通所者住所

通所者氏名

印

利用者が記入

海田町障害者施設通所交通費助成実施要綱に基づき、年度交通費の助成を申請します。
なお、通所に当たって利用する交通機関は下記のとおりです。

Table with 4 columns: 通所の経路 (片道), 利用交通機関, 1日当たり (所要額, 距離), 左の説明. Rows include bus, JR, and city train routes with associated costs and distances.

往復で利用の場合は (x2) と記入し、割引後の金額を記入

手帳の提示による割引やICカード等の割引を受けられる場合は記入

定期券の場合は〇ヶ月分と記入
通常運賃や定期券で手帳等の割引が受けられる場合は割引後の運賃を所要額に記入

事業所が聞き取り確認

事業所が記入

(※) 距離について記入してください。

定期券等の利用があり、1日足りの合計金額が不明な場合は空欄

通所に当たって最も近い施設等、上記のとおりで相違ない

年 月 日

所在地

施設名

施設長氏名

印

記入例 2

障害者施設通所交通費助成申請書

年 月 日

海 田 町 長 様

通所者住所

通所者氏名

印

利用者が記入

海田町障害者施設通所交通費助成実施要綱に基づき、年度交通費の助成を申請します。
なお、通所に当たって利用する交通機関は下記のとおりです。

Table with 4 columns: 通所の経路 (片道), 利用交通機関, 1日当たり (所要額, 距離), 左の説明. Includes rows for routes 1-5 and a total row with a callout box explaining distance calculation.

事業所が聞き取り確認

(※) 距離については、通所者本人が運転せず介護者が送迎する場合は、通所者本人が乗車している距離となります。

通所に当たって最も合理的に利用する交通機関等は、上記のとおりで相違ないことを証明する。

年 月 日

所在地

施設名

施設長氏名

印

事業所が記入