

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

㊟

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。

通所の経路 (片 道)		利用交通機関	1日当たり		左の説明
			所要額	距離(※)	
1	自宅 ～		円	km	
2	～		円	km	
3	～		円	km	
4	～		円	km	
5	～		円	km	
合 計			円	(往復) km	

(※) 距離については、自家用車の場合のみ記入してください。

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

㊟