

受 理 印

障害者支援施設通所移送費申請書

令和 年 月 日

住 所 _____
申請者
(通所者) 氏 名 _____

枚方市福祉事務所長 様

通所者名 _____ (年 月 日生まれ)

下記のとおり障害者支援施設通所移送費を申請します。

1 通所障害者支援施設名 _____

2 乗物・経路

区間	乗物の種類	購入方法	単価又は購入額
～	電車・バス・()	切符・定期・()	円
～	電車・バス・()	切符・定期・()	円
～	電車・バス・()	切符・定期・()	円
～	電車・バス・()	切符・定期・()	円

3 申請額 _____ 円 × _____ 回 = _____ 円

申請額合計 _____ 円

通 所 証 明 書

通所日 _____ 年 月分

1 日	2 日	3 日	4 日	5 日	6 日	7 日							
8 日	9 日	10 日	11 日	12 日	13 日	14 日							
15 日	16 日	17 日	18 日	19 日	20 日	21 日							
22 日	23 日	24 日	25 日	26 日	27 日	28 日							
29 日	30 日	31 日											

上記の通り当施設に _____ 日間の通所があったことを証明します。

令和 年 月 日

障害者支援施設 _____
通所日空欄への施設の担当者の押印により、証明に代えることができます。