

# 障がい者施設通所交通費助成申請書

令和 年 月 日

湯 沢 町 長 様

住所

氏名

1. 通所者氏名

2. 通所回数 月分 回

3. 利用交通機関

(1) 電 車 駅から 駅まで

(2) バ ス から まで

4. 通所施設名及び所在地

(1) 施設名

(2) 所在地

電 車 賃	バ ス 賃	支 払 総 額	助 成 額
円	円	円	円

・電車賃・バス賃の実費をご記入ください。(割引を受けた方は割引後の額)

・精神障害者手帳をお持ちの方は、バス運賃支払の際に手帳を提示し割引を受けてください。

## 通 所 証 明 書

湯 沢 町 長 様

上記の者は下記の通り通所したことを証明します。

令和 年 月 日

施設名

所長名

( 月分)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
31	※通所した日に捺印をお願いします。								