

記入例

障がい者施設等通所報告書

藤 沢 市 長

当施設を利用する通所交通費支給決定者の通所状況について、次のとおり報告します

フリガナ 氏名	住所	7 月			8 月			9 月		
		交通費 対象日 数	交通費 対象外 日数	合計	交通費 対象日 数	交通費 対象外 日数	合計	交通費 対象日 数	交通費 対象外 日数	合計
フジサワ タロウ 藤沢 太郎	藤沢市朝日町1-1	10 日	3 日	13 日	14 日	0 日	14 日	1 日	13 日	14 日
		日	日	日	日	日	日	日	日	日
		日	日	日	日	日	日	日	日	日
		日	日	日	日	日	日	日	日	日
		日	日	日	日	日	日	日	日	日
		日	日	日	日	日	日	日	日	日
		日	日	日	日	日	日	日	日	日
		日	日	日	日	日	日	日	日	日
		日	日	日	日	日	日	日	日	日
		日	日	日	日	日	日	日	日	日
備考										

通所交通費の支給決定を受けたルート(交通機関や自家用車等の交通用具)での通所日数を記入。

施設での送迎や、通所ルート以外の方法で通所した通所交通費支給対象外の日数を記入。

報告月の通所日数を記入。

(確認事項)

- 下記に該当する場合は、支給対象外です。
 - ①市外に居住
 - ②徒歩で通所
 - ③自宅～施設が1km未満
 - ④生活保護受給中
 - ⑤施設による送迎を利用した場合(有料送迎等で通所交通費助成対象の場合)
- 交通費対象外日数の欄は、施設送迎等を
- 片道のみ通所ルートを利用した場合は、0
- 住所変更等により通所ルートに変更があ

法人名または事業所名を記入。

代表者と相違のないよう押印。
※詳しくは別紙の注意事項参照。

上記のとおり通所し、交通費が

〇〇年 〇〇月

肩書を必ず記入。

施設名

NPO法人××会

代表者氏名

施設長

藤沢 花子

印