

## 通 所 届 出 書

事業所名

事業者名

様

申請者住所

申請者氏名

次のとおり届け出ます。

補助申請者 <small>ふりがな</small> 氏名		昭和・平成 年 月 日生 ( 歳)			
住 所	住所から 施設までの 直線距離		k m		
通所開始年月日	年 月 日				
手帳所持の有無 および所持する手帳 (○で囲む)	身体障害者手帳	療育手帳	精神障害者保健福祉手帳 無し		
J R 利 用					
乗車区間	片道分の 運賃額 A	回数券1枚 の単価 (A×10/11)	6ヶ月 定期券 の金額 B	1ヶ月あたりの 定期券の金額 (B/6)	
~	円	円	円	円	
J R 以 外 の 公 共 交 通 機 関 利 用					
利用する交通機関等の 種類・会社名					
乗車区間	片道分の 運賃額 A	回数券1枚 の単価 (A×10/11)	最も経済的な 定期券の期間 B	定期券 の金額 C	1ヶ月あたりの 定期券の金額 (C/B)
~	円	円	(○で囲む)  1ヶ月 3ヶ月 6ヶ月	円	円
自 家 用 車 利 用					
経路	片道距離(Km)	単価	片道の費用(円)		
裏面経路図のとおり		13円			
補助開始年月日	年 月 日				

(注意事項) ・通所授産施設等の運営者は、上記に記載された事項を確認し、必要な場合は補正した上で受理すること。  
 ・「住所から施設までの直線距離」欄は、地域活動支援センター利用者は記載不要。  
 ・「片道距離」欄は、自家用車の通行経路に基づく距離を記載すること。(直線距離とは異なる)