

通所方法等変更届出書

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 ふりがな 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			
通所方法等変更年月日		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。

・変更前通所届出書のコピーを添付すること。

・「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)