

交通費助成金請求書

※請求日は事業所に証明してもらった日にち以降になります。

恵庭市長様

ご本人で記入をお願いします

請求日	年 月 日	
請求者	住所	
	氏名	印

恵庭市精神障がい者地域活動支援センター等通所交通費助成要綱第8条の規定に基づき、次のとおり交通費助成金(月分)を請求します。

1 請求額 ※請求額の変更はできませんので間違いのないよう記載してください。

	円
--	---

(例)11日通所したら JR880円(B)×11日÷2=4840円

※ただし、JRは17日以上通所した月は定期代が14100円(B)となり、助成金額はその半額7050円が上限となります。

2 請求内訳

通所日数(A)	1日の交通費(B)	助成金額(A×B×1/2)
日	円	円
○	(例) 880	△

3 通所状況

※事業所と確認の上、記入をお願いします。

月分 合計 日間																
通所日	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	

※ 通所した日を○で囲んでください。

上記の通所状況のとおり通所したことを証明します。

※事業所に記入してもらってください。

年 月 日

証 明 者	通所事業所の住所	
	通所事業所の名称	
	通所事業所の代表者氏名	印