

第3号様式(第8条関係)

開成町障害者施設通所交通費明細書

年 月 日

(提出先)開成町長

受給者 住所
氏名

通所状況について、次のとおり報告します。

通所経路	通所期間	日数	往復運賃負担額	備考
1 から まで	年 月 日 ～ 年 月 日	日	円	
1 から まで	年 月 日 ～ 年 月 日	日	円	
1 から まで	年 月 日 ～ 年 月 日	日	円	
1 から まで	年 月 日 ～ 年 月 日	日	円	
合計金額			円	
施設車両 自家用自動車	通所期間	日数	距離	月額
施設の車両	年 月 日 ～ 年 月 日	日		円
自宅から施設まで	年 月 日 ～ 年 月 日	日	片道 km	円
合計金額				円

(注) 往復運賃負担額は、1回の通所に要する支払料金 (障害者割引制度の適用を受けている方は、半額になります。)