## 障害者施設通所交通費明細書

令和 年 月 日

山北町長様

通所者 住所

氏名

印

通	所	経	路	通	所	期	間	日数	往復運賃負担額
1			から		年	月	日	日	円
			まで	$\sim$	年	月	日		
2			から		年	月	日	日	円
			まで	$\sim$	年	月	日		
3			から		年	月	日	日	円
			まで	$\sim$	年	月	目		
4			から		年	月	日	日	円
			まで	$\sim$	年	月	目		
自	家	用	車	通	所	期	間	月数	距離
白夕	4\ C	七 二	ナズ		年	月	日	月	片道
自宅	から	施設	まで	~	年	月	目		Km

(注) 往復運賃負担額は1回の通所に要するバス等支払料金(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。)