

記入例

第1号様式（第4条関係）

No.52

定期券を利用している方は、定期券のコピーをつけて申請してください。

令和 7年 1月 20日

山北町長様

申請者 住所 山北町山北 123-45
氏名 山北 花子
電話 0465-75-0000



押印してください

次のとおり申請します。

障 害 者 氏 名	山北 花丸				
生 年 月 日	S12年 3月 4日		性 別	男	
手 帳 番 号	神奈川県第 012345 号				
障 害 名	身体障害				
程 度 及 び 等 級	1 級		定期券を利用して いる場合は記入		都度清算、施設送迎車を 利用している場合は記入
通 所 施 設 名	〇〇〇事業所				
交 通 機 関 利 用	通 所 経 路	交通機関名	定 期 券 額	往復運賃負担額	
	1 山北駅 から 松田駅 まで	JR 御殿場線	1か月 5,600 円	円	
	2 新松田駅 から 小田原駅 まで	小田急小田原線	3か月 8,200 円	円	
	3 小田原駅東口から市立病院前まで	伊豆箱根バス	か月 円	400 円	
	4 から まで		か月 円	円	
自家用車利用	自宅から施設まで 6 Km				
指定振込口座	横浜 信用金庫 山北 店 銀行 農協 所				
口 座 番 号	(普通・当座) 預金 0123***	口座名義人	ふ り が な やまきた はなまる 山北 花丸		
決 定 の 内 容	☐ 支給しない				

継続申請している方は、前回申請時の情報が反映されています。振込先口座の変更を希望する場合は、入力情報に二重線を引き、新たな口座情報を記入してください。

障害者施設通所交通費明細書

【記入が必要な方】

- ・公共交通機関を都度清算で利用している方
- ・施設送迎車（自己負担あり）を利用している方
- ・自家用車で通勤している方

※定期券のみ利用している方は記入不要です

令和 7年 1月 20日

通所者 住所 山 北 町 山北 123-45

氏名 山北 花子



押印してください

通 所 経 路	通 所 期 間	日数	往復運賃負担額
1 小田原駅東口 から 市立病院前 まで	R 6 年 10月 1日 ～ R 6 年 12月 31日	日 40	円 16, 000
2 から まで	～ 年 月 日 年 月 日	日 日	円
3 から まで	～ 年 月 日 年 月 日	日 日	円
4 から まで	～ 年 月 日 年 月 日	日 日	円
自 家 用 車	通 所 期 間	月数	距 離
自 宅 か ら 施 設 ま で	R 6 年 10月 1日 ～ R 6 年 12月 31日	月 3	片道 6 Km

往復運賃(1回分)×通所日数
の合計金額を記入

(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。）

障害者施設通所証明書

通所先施設の方に記入してもらってください。

令和 7年 4月 8日

山北町長様

施設名 ○○○事業所

施設長 ○○ ○○



次のとおり、通所していることを証明します。

事業所もしくは会社の印鑑を
押してください。

障害者氏名	山北 花丸		
生 年 月 日	S12年 3月 4日	性 別	男
手 帳 番 号	神奈川県第 012345 号		
障 害 名	身体障害		
程 度 及 び 等 級	1 級		
通 所 日 数	週 3 日	通所曜日	月 火 水 木 金 土

4月通所回数 12 回
5月通所回数 15 回
6月通所回数 13 回