

障害者通所費補助事業補助金積算内訳書

(公共交通機関利用者用)

氏名

通所施設名

A 通所日数

月	月	月	月	月	月
日間	日間	日間	日間	日間	日間

合計

日間

B 通所方法

自宅	→		→		→	施設
----	---	--	---	--	---	----

バス、汽車等の乗車駅名を記入してください。

片道運賃

円

定期券

ヶ月定期

円

補助金の積算

補助金

※

円

注1.) 補助金額は、280円/日を上限とし、1日あたりの交通費が280円を超た場合は、280円と通所した日数の積とする。

注2.) ※印の欄は市役所で記入します。