**令和　　年　月提出分**

令和　　　年月　　日

伊達市障がい者就労サポート事業通所交通費報告書

伊達市長　様

住　所　伊達市

受給者　氏　名　　　　　　　　　　　　　印

（保護者）

　障がい者施設等への通所交通費について、障がい者就労サポート事業実施要綱第６条第１項の規定に基づき、次のとおり報告します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者氏名 |  | | | | |
| 通所する  障がい者施設等 |  | | | 距離（片道） | ㎞ |
| 交通手段 |  | | | | |
| 通所に要した  交通費の額 | 対象年月 | 通所日数 | 通所交通費負担額 | | 助成額  （市処理欄） |
| **令和　年　月** | 日 | 円 | | 円 |
| **令和　年　月** | 日 | 円 | | 円 |
| **令和　年　月** | 日 | 円 | | 円 |
| 合計 | | 円 | | 円 |
| 備考 |  | | | | |

※　添付書類　 （１）定期乗車券等の写し

（２）有料送迎サービスの領収書

（３）その他交通費を負担したとわかる物

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ≪通所施設証明欄　必要事項を記入した後に通所施設に証明を依頼してください≫ | | |
| 上記記載のとおり相違ないことを証明します。 | | |
| 証明年月日　　令和　　　年　　　月　　　日 | | |
|  | 所在地 |  |
|  | 障がい者施設等名称 |  |
|  | 代表者氏名 | 印 |
|  | 電話番号 |  |