　第4号様式

障害者通所施設交通費助成請求書

令和　　年　　月　　日

　(あて先)成田市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　請求者　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　※本人による自署の場合、押印を省略できます。

　障害者通所施設交通費の助成について，下記のとおり請求します。

記

1　請求額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

令和　　年　4　月分から令和　　年　6　月分まで

2　通所日数の報告

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 通所状況 | | 月 | ４　月 | ５　月 | ６　月 |
| 通所日数 | 日 | 日 | 日 |
| 施設確認欄 | 上記のとおり通所状況を確認しました。  年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　所　在　地  　　　　　　　　　　　確認者　名　　　称  　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　印 | | | | |

　※７月１日～１０日の間に、提出して下さい。郵送でも受け付けます。