様式第１号（第５条関係）

障害者施設通所交通費助成（変更）申請書

　廿日市市長　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　障害者施設通所交通費の助成を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて（変更）申請をします。

１　通所開始年月日（変更事由発生年月日）　※助成対象期間満了による申請の場合は、記入不要

　　　　　　　年　　　月　　　日

２　通所のため利用する交通機関等

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 利用する  交通機関等 | 区　間 | 月　額〔円〕 | 往復 | 手帳  割引 | モビリーデイズ  等割引 | 備　考（計算根拠等） |
| 1 |  | 自宅　～ |  | 片道  往復 | 有  無 | 有  無 |  |
| 2 |  |  |  | 片道  往復 | 有  無 | 有  無 |  |
| 3 |  |  |  | 片道  往復 | 有  無 | 有  無 |  |
| 4 |  |  |  | 片道  往復 | 有  無 | 有  無 |  |
| 5 |  |  |  | 片道  往復 | 有  無 | 有  無 |  |
| 6 |  |  |  | 片道  往復 | 有  無 | 有  無 |  |
| 計 | | |  | ※バスや電車等の定期券利用の場合は、定期券の写しを添付してください。 | | | |

３　手帳の有無（該当するものを○で囲んでください。有の場合は所持している手帳を○で囲んでください。）

|  |  |
| --- | --- |
| １　有（　　身体障害者手帳　　　療育手帳　　　精神障害者保健福祉手帳　　） | ２　無 |

４　通所する施設で受けているサービスの種別（該当するものを○で囲んでください。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １　生活介護 | ２　自立訓練(機能訓練・生活訓練) | ３　就労移行支援 |
| ４　就労継続支援Ａ型 | ５　就労継続支援Ｂ型 | ６　地域活動支援センター |

　通所のため利用する公共交通機関等は、上記のとおり相違ないことを証明します。

　　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 施設・事業所の所在地  施設・事業所名  施設長・管理者氏名  連絡先  担当者 | ㊞  （　　　　　　　）　　　　　－ |

|  |
| --- |
| ※施設外通所など、実際に通所される場所が上記と異なる場合は、記入してください。  　　　　　　　　通所先の所在地  ※変更の場合、変更の理由 |

様式第２号（第５条関係）

課　税　状　況　申　告　書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　廿日市市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞※

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※自署でない場合押印してください

　次のとおり申告します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 生年月日 | 続柄 | 市町村民税の課税状況 | 市町村民税所得割額［円］ |
|  |  | 本人 | □課税・□非課税 |  |
|  |  | 配偶者 | □課税・□非課税 |  |

　私及び私の配偶者の　　令和７　　年度の課税状況は、上記のとおりです。

　また、申請受付後、私及び私の配偶者の課税額等を課税台帳及び課税資料で確認され、又は生活保護の受給状況について調査されることに同意します。

　なお、これらを確認し、又は調査されることについては、私の配偶者の承諾を得ています。

様式第５号（第７条関係）

委　　任　　状

　私は、　　　　　年　　　月　　　日付けで助成の決定を受けた　　　　　年　　　月から　　　　　年

　　　月までの障害者施設通所交通費の請求及び受領の権限を次の受任者に委任します。

　　　　　受任者　施設名等

　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　職・氏名

　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　委任者（助成利用者）　住　所　廿日市市

　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞※

※自署でない場合押印してください

　廿日市市長　様

様式第６号（その２）（第７条関係）

障害者施設通所交通費請求書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　廿日市市長　　様

　　　　　　　　　　請求者（受任者）　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職・氏名

　助成利用者からの委任に基づき、助成の決定を受けた交通費の　　　　　　　年　　　月分として、

　　　　　　　円を請求します。また、次の表については、事実と相違ないことを証明します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 助成利用者氏名 | 通所日数 |  | 実支出額ｂ〔円〕  市が決定した方法による交通費 | 基準額ｃ〔円〕 | 請求額ｄ〔円〕 |
| 市が決定した方法による通所日数ａ | ３３０円×ａ | ｂとｃのいずれか低い額 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 合　計　額 | | | | |  |

　　　　　施設の所在地

　　　　　施設名

　　　　　問合せ先　（電話番号　　　　　　　　　　　　　　　担当者名　　　　　　　　　）

※請求者は、委任状の受任者と一致すること。

様式第６号（その２）（第７条関係）

様式第７号（第１０条関係）

障 害 者 施 設 通 所 交 通 費 助 成 台 帳

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設名

　交通費の助成利用者氏名

（令和６年度）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 月 | 交通費助成額［円］ | 受領年月日  (廿日市市→施設) | 支払年月日  (施設→助成利用者) | 支払担当者印  （施設） | 受領印  （助成利用者） |
| ４月 |  |  |  |  |  |
| ５月 |  |  |  |  |  |
| ６月 |  |  |  |  |  |
| ７月 |  |  |  |  |  |
| ８月 |  |  |  |  |  |
| ９月 |  |  |  |  |  |
| 10月 |  |  |  |  |  |
| 11月 |  |  |  |  |  |
| 12月 |  |  |  |  |  |
| １月 |  |  |  |  |  |
| ２月 |  |  |  |  |  |
| ３月 |  |  |  |  |  |