

記入例

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

申請日を記載。

廿日市市長 様

令和 7 年 〇〇月 〇〇日

申請者 住所 廿日市市〇〇〇〇丁目〇番〇号

氏名 廿日市 太郎

障害者施設通所交通費の助成を受ける(変更)申請をします。

継続申請の場合は、記入不要。

1 通所開始年月日 (変更事由発生) 〇〇年 〇月 〇日

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	自家用車	自宅 ~ 〇〇駅	〇〇〇円	片道 往復	有 無	有 無	〇〇円×20日×2
2	広電	〇〇駅~△△駅	〇〇〇円	片道 往復	有 無	有 無	〇〇円×20日×1/2×2
3	徒歩	△△駅~施設	0円	片道 往復	有 無	有 無	
4	〇円×20日 (片道) 〇円×20日×2 (往復) 「障害者施設通所交通費申請書等の記入方法について」に従い、適切に記入すること。			片道	有	有	片道・往復を選ぶ モビリーデイズ割引の有無に〇 障がい者割引等の有無に〇 定期券等があれば、備考に記載。 ※定期券等の写しも添付してくだ さい。
5				往復	無	無	
6				片道 往復	有 無	有 無	
計			〇〇〇円	※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。			

選択。

3 手帳の有無 (該当するものを〇で囲んでください。有の場合は所持している手帳を〇で囲んでください。)

1 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (<input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 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類 (該当するものを〇で囲んでください。)

1 生活介護	2 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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

上記の交通機関等の記入内容を施設で確認していただき、証明した日を記入。

令和 7 年 〇〇月 〇〇日

施設・事業所の所在地 〇〇市〇〇〇〇丁目〇番〇号

施設・事業所名 〇〇作業所

施設長・管理者氏名 〇〇〇〇

連絡先 (〇〇〇) 〇〇〇-〇〇〇〇

担当者 〇〇

印

施設の住所、施設名、施設長を記入、押印。(インク印不可) 連絡先、担当者についても記載。

※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

実際に通所されている場所が上記と異なる場合は、通所先の住所を記入。

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A列4番とする。

様式第2号（第5条関係）

課税状況申告書

申請日と一致

令和7年〇〇月〇〇日

廿日市市長 様

利用者氏名・自署でない場合
押印（インク印不可）

申請者氏名 廿日市 太郎 印※

※自署でない場合押印してください

利用者とその配偶者の氏名、生年月日
を記入してください。

次のとおり

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]
廿日市 太郎	昭和〇年〇月〇日	本人	<input type="checkbox"/> 課税・ <input type="checkbox"/> 非課税	
廿日市 花子	昭和〇年〇月〇日	配偶者	<input type="checkbox"/> 課税・ <input type="checkbox"/> 非課税	

課税・非課税の別、税額が
不明であれば、空欄のまま
ご提出ください。

私の世帯の 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、私及び私の属する世帯員の課税額等を課税台帳及び課税資料で確
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、私の属する世帯全員の承諾

※令和7年1月1日時点
で廿日市市以外の市町村
に住んでいた場合は、該当
市町村が発行する令和7
年度市町村民税課税台帳
記載事項証明書が必要で
す。

委任状

私は、
空欄
年 月 日付で助成の決定を受けた 令和 7 年 7 月から 令和 8 年
6 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。

市の受理日の属する月
更新のときは7月

6月まで

受任者 施設名等 ○○作業所

住 所 ○○市○○○○丁目○番○号

職・氏名 施設長 ○○ ○○

受任者は、口座振替依頼書に記入した法人（施設）名・所在地・代表者（施設長）と同じ。
※請求書に記載する職名・氏名と一致すること。

年 月 日
様式第1号の申請日

申請者の住所・氏名を記入、自署でない場合押印（インク印不可）

委任者（助成利用者） 住 所 廿日市市○○○○丁目○番○号

氏 名 廿日市 太郎

印※

※自署でない場合押印してください

廿日市市長 様

記入例

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 〇〇作業所

毎年度、6月の更新月に、
前年度の台帳を、継続助成
申請書に添えて提出して
ください。

交通費の助成利用者氏名 廿日市 太郎

（令和6年度）

月	交通費助成額	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	3,000円	R6.5.20	R6.5.31	印	印
5月					
6月					
7月					
8月					
9月					
10月					
11月					
12月					
1月					
2月					
3月					

必ず押印をしてください。

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A列4番とする。