様式第４号

三川町障害（児）者障害福祉サービス事業所等通所報告書

　　年　　月　　日

　　　三　川　町　長　　殿

受給者　住 所　三川町大字

氏 名　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　年　　月から　　月分の通所状況を三川町障害（児）者障害福祉サービス事業所等通所交通費助成要綱第５条第１項の規定により、下記のとおり報告いたします。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 事業所等① | 事業所等② | 変更日 |
| 事業所等名 |  |  |  |
| 通所日数 | 日 | 日 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 |
| 利用交通機関 |  |  |  |  |  |  |
| 利用回数 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 |

※利用交通機関の欄には、バス・旅客鉄道・自家用車・デマンド型乗合タクシーのいずれかを記載すること。

※同一対象月において、複数の事業所等・利用交通機関を利用した場合、それぞれの利用回数を明記すること。

※事業所等の欄が不足する場合、本様式を複数枚提出すること。

上記について、事実と相違ないことを証明する。

事業所等の長

名　称

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

事業所等の長

名　称

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　㊞