

浜松市障害者施設通所支援事業 申請書・通所証明

申請年月日 令和 年 月 日

（あて先）浜松市長

次のとおり障害者施設通所者交通費助成を受けたいので申請します。

（申請者氏名）

※様式4号で申請を委任した場合は、委任された事業者又は代理人の名称

■ 申請書

本人	フリガナ		生年月日	昭和・平成・令和	
	氏名			年 月 日	
	住所	〒 ー 電話番号			
身体障害者手帳	5 級・6 級	療育手帳	B 2・B 3	精神障害者保健福祉手帳	3 級
「外出支援助成券の交付」の対象外となった者の記載事項		手帳種別	身体・療育・精神	障害等級	1 級・2 級・3 級・4 級 A ・ B 1

※該当する等級や種別を丸で囲んでください

■ 通所証明

利用サービス名		受給者番号 (緑色:受給者証)		※利用したサービスを丸で囲んでください	
		生活介護・自立訓練就労移行支援・就労継続支援A型・就労継続支援B型			
		受給者番号 (橙色:受給者証)		地域活動支援センター	
通所施設名					
施設所在地					
通所期間・交通費合計		令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日			円
通所方法 (利用したものに丸)		通所経路		交通費	備考
往路	バス・電車	～		円	
	バス・電車	～		円	
	バス・電車	～		円	
復路	バス・電車	～		円	
	バス・電車	～		円	
	バス・電車	～		円	
その他 (✓をいれる)		☐ 生活保護法による通所に対する移送費が支給されていない			

本人は、上記のとおり本施設へバス・電車にて通所していることを証明します。

施設代表者
役職・氏名

(署名又は記名押印をしてください)

浜松市障害者施設通所支援事業 通所確認台帳 【前半期】

本人	フリガナ		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
	氏 名			
通所施設名				

日 付	4月	5月	6月	7月	8月	9月
	金額	金額	金額	金額	金額	金額
1日	円	円	円	円	円	円
2日	円	円	円	円	円	円
3日	円	円	円	円	円	円
4日	円	円	円	円	円	円
5日	円	円	円	円	円	円
6日	円	円	円	円	円	円
7日	円	円	円	円	円	円
8日	円	円	円	円	円	円
9日	円	円	円	円	円	円
10日	円	円	円	円	円	円
11日	円	円	円	円	円	円
12日	円	円	円	円	円	円
13日	円	円	円	円	円	円
14日	円	円	円	円	円	円
15日	円	円	円	円	円	円
16日	円	円	円	円	円	円
17日	円	円	円	円	円	円
18日	円	円	円	円	円	円
19日	円	円	円	円	円	円
20日	円	円	円	円	円	円
21日	円	円	円	円	円	円
22日	円	円	円	円	円	円
23日	円	円	円	円	円	円
24日	円	円	円	円	円	円
25日	円	円	円	円	円	円
26日	円	円	円	円	円	円
27日	円	円	円	円	円	円
28日	円	円	円	円	円	円
29日	円	円	円	円	円	円
30日	円	円	円	円	円	円
31日	-	円	-	円	円	-
合計金額	円	円	円	円	円	円
回 数	回	回	回	回	回	回

合計金額（ 月～ 月）	円
-------------	---

本人は、上記のとおり本施設へバス・電車にて通所していることを確認しました。

施設代表者
役職・氏名

(署名又は記名押印をしてください)

浜松市障害者施設通所支援事業 通所確認台帳 【 後半期 】

本人	フリガナ		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
	氏 名			
通所施設名				

日 付	10月	11月	12月	1月	2月	3月
	金額	金額	金額	金額	金額	金額
1日	円	円	円	円	円	円
2日	円	円	円	円	円	円
3日	円	円	円	円	円	円
4日	円	円	円	円	円	円
5日	円	円	円	円	円	円
6日	円	円	円	円	円	円
7日	円	円	円	円	円	円
8日	円	円	円	円	円	円
9日	円	円	円	円	円	円
10日	円	円	円	円	円	円
11日	円	円	円	円	円	円
12日	円	円	円	円	円	円
13日	円	円	円	円	円	円
14日	円	円	円	円	円	円
15日	円	円	円	円	円	円
16日	円	円	円	円	円	円
17日	円	円	円	円	円	円
18日	円	円	円	円	円	円
19日	円	円	円	円	円	円
20日	円	円	円	円	円	円
21日	円	円	円	円	円	円
22日	円	円	円	円	円	円
23日	円	円	円	円	円	円
24日	円	円	円	円	円	円
25日	円	円	円	円	円	円
26日	円	円	円	円	円	円
27日	円	円	円	円	円	円
28日	円	円	円	円	円	円
29日	円	円	円	円	-	円
30日	円	円	円	円	-	円
31日	円	-	円	円	-	円
合計金額	円	円	円	円	円	円
回 数	回	回	回	回	回	回

合計金額（ 月～ 月）	円
-------------	---

本人は、上記のとおり本施設へバス・電車にて通所していることを確認しました。

施設代表者
役職・氏名

(署名又は記名押印をしてください)

浜松市障害者施設通所支援事業 請求書

令和 年 月 日

（あて先）浜松市長
※本人が請求する場合

住所

氏名

※事業者／代理人が請求する場合（様式4号で請求を受任した場合のみ）

所在地または住所

通所施設名・施設代表者の役職及び氏名／代理人氏名

次のとおり請求します。

請求金額		千	百	拾	円
金 額					

振込口座

口 座 振替払	金融機関名		支店名		口座種別	口座番号					
	銀行 金庫 農協		営業部 支店 出張所 支所		普通 当座						
	口 座 名 義 人	フリガナ									

※振込先金融機関名・支店名・口座種別・口座番号・口座名義カナが分かるもの（通帳の写し等）を添付してください。
※様式4号で受領を委任した場合は、委任された方の口座情報をご記入ください。

委任状

下記の者を受任者と定め、浜松市障害者施設通所支援事業の（申請・請求・受領）に関する権限を委任します。

令和 年 月 日

甲（委任者）※本人

住所

氏名

（署名又は記名押印をしてください）

乙（受任者）※事業者又は代理人

住所又は所在地

通所施設名・施設代表者の役職及び氏名／代理人氏名

（署名又は記名押印をしてください）

※該当サービスに○

生活介護・自立訓練・就労移行支援・就労継続支援A型・就労継続支援B型・地域活動支援センター
