

様式1

療育訓練施設通所(園)証明書及び交通費助成交付申請書

申 請 者 の 記 載 欄	住 所	上川郡上川町												
	世 帯 主													
	対 象 者 名	年 月 日生 歳												
	通所(園)施設名							住所						
	通 所 (園) 期 間	年 月 日～						年 月 日 ( 日間)						
	交 通 機 関	J R						バ ス						
	乗降場所	始発駅 ～ 降車駅						乗車停 ～ 降車停						
	区 間	～						～						
		～						～						
	片道料金	円						円						
欄	<p>上記の通り訓練のため通所(園)したので、交通費の助成を受けたく申請いたします。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者氏名 印</p> <p>上川町長 様</p>													
通 所 園 施 設 記 載 欄	<p style="text-align: center;">通 所 (園) 証 明 書</p> <p>上記の者について、次の通り当所(園)に通所(園)したことを証明いたします。</p> <p style="text-align: center;">記</p>													
	年 月 分 回	通 所 (園)日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
			12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
			23	24	25	26	27	28	29	30	31			
	日数計	日												
		*通所(園)した日に責任者印を押印ください												
		年 月 日												
		通所(園)施設名												
		通所(園)施設長名 印												
	町 記 載 欄	通 所	対 象 者	1日	円×								日=	円 a
介 護 者			1日	円×								日=	円 b	
支 給 合 計 額		a + b										円		
受 付 年 月 日		年 月 日						確認者						