（様式第２号）

大福祉　　号
年　　月　　日

# 障がい者訓練等通所交通費支給決定通知書

様

大阪市長
（担当　福祉局障がい者施策部障がい支援課）

年度障がい者訓練等通所交通費の支給について、次のとおり決定しましたので通知します。

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 決定者 | 氏　名 | | 介護人<br>氏名 | |
| | 住　所 | | 決定番号 | |
| | 事業所名 | | | |

| | 交通機関 | 利用区間 | 介護人 | 定期乗車券有効期間 |
|---|---|---|---|---|
| 1 | | ～ | 有<br>無 | ヶ月 |
| 2 | | ～ | 有<br>無 | ヶ月 |
| 3 | | ～ | 有<br>無 | ヶ月 |

| | |
|---|---|
| 金額（月額） | 円 |
| 期間 | 年　　月　　日　～　　年　　月　　日 |