

障がい者訓練等通所交通費支給申請書

年 月 日

大阪市長 様

申請者	受給者番号	
	住所	
	フリガナ	
	氏名	
事業所先	事業所名	
	郵便番号	〒 -
	所在地	

次のとおり通所交通費の支給を申請します。

(次の太枠内に記入してください。)

交通機関	利用区間 ( 1 )	定期乗車券購入額 ( 2 )		定期乗車券 有効期間 ( 3 )	決定額 (本市記入欄)
		利用者	介護人		
1	~	円	円	ヶ月	円
2	~	円	円	ヶ月	円
3	~	円	円	ヶ月	円
介護人の氏名 (該当者のみ)				合計	円

下記項目について、該当する にレを付けてください。

割引証等の所持 (お持ちの方のみ)	乗車料金割引証 介護人付無料乗車証	単独用無料乗車証 介護人付無料乗車証 (単独乗車可)
所得の状況	市民税非課税 所得割16万円未満 生活保護を受給している場合は通所交通費の支給対象ではありません。	
利用事業種別	自立訓練 (生活訓練) 事業 就労移行支援事業	自立訓練 (機能訓練) 事業 就労継続支援 B 型事業
他の交通費支給の状況	通所交通費以外に、通所にかかる交通費の支給を受けていない 他に通所にかかる交通費の一部又は全部を支給される場合、重複して通所交通費の支給を受けることはできません。	

1、2、3 事業所へ通所する際の利用区間、定期乗車券購入額、有効期間をそれぞれ記入してください。

添付資料

- ・受給者証の写し
- ・定期乗車券の写し
- ・障がい者訓練等通所交通費にかかる委任状 (様式第9号)

<留意事項>

- ・この申請書は、通所交通費の支給決定を受けるとき、事業所長に提出してください (年度初回のみ)。
- ・当該申請にかかる審査にあたり、申請者の所得状況や割引証等の発行状況等について確認させていただくことがありますので、予めご了承ください。
- ・支給を希望する月の翌月10日までに申請を受理した通所交通費から支給決定します。