

障がい者訓練等通所交通費請求確認資料添付台紙( 月 ~ 月分)

大阪市長 様

支給決定内容			
決定番号		支給決定者	介護人氏名
事業所名			決定額 円
利用区間1			有効期間 ヶ月
利用区間2			有効期間 ヶ月
利用区間3			有効期間 ヶ月

< 定期券の写し貼り付け欄 >

貼り付け欄	貼り付け欄
貼り付け欄	貼り付け欄
貼り付け欄	貼り付け欄

貼り付け欄が不足する場合は、裏面を使用してください。  
また、定期券の写しが不鮮明な場合は、定期券の写しの貼り付けに加え、裏面の事業所証明欄のご記入をお願いします。

< 事業所証明欄 > 定期券に記載されているとおりに記入してください。

シメイ		有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	購入金額	円
交通機関		利用区間			
シメイ		有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	購入金額	円
交通機関		利用区間			
シメイ		有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	購入金額	円
交通機関		利用区間			
シメイ		有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	購入金額	円
交通機関		利用区間			
シメイ		有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	購入金額	円
交通機関		利用区間			

上記のとおり、確認しました。

事業所名 \_\_\_\_\_

事業所長（管理者）氏名 \_\_\_\_\_

< 定期券の写し貼り付け欄 >

貼り付け欄	貼り付け欄
貼り付け欄	貼り付け欄