

心身障害者施設通所報告書

年 月 日

大磯町長 殿

通所者 住 所  
氏 名

次のとおり通所の報告をします。

年		月分		※通所した日を○で囲んでください。						
1	2	3	4	5	6	7	通 所 日 数			
8	9	10	11	12	13	14	日			
15	16	17	18	19	20	21				
22	23	24	25	26	27	28				
29	30	31								

年		月分		※通所した日を○で囲んでください。						
1	2	3	4	5	6	7	通 所 日 数			
8	9	10	11	12	13	14	日			
15	16	17	18	19	20	21				
22	23	24	25	26	27	28				
29	30	31								

年		月分		※通所した日を○で囲んでください。						
1	2	3	4	5	6	7	通 所 日 数			
8	9	10	11	12	13	14	日			
15	16	17	18	19	20	21				
22	23	24	25	26	27	28				
29	30	31								

下記のとおり通所したことを確認します。

年 月 日

【 通 所 手 段 】

バス ・ 電車 ・ 自家用車 ・ その他（ ）

施設名

代表者

処 理 欄	通 所 の 経 路	運賃基本額	運賃負担額(A)	助成額(A) × 日数 × 1/2
	1	～	円	円
2	～			
3	～			
	自 家 用 車			
	合 計			