

第3号様式 (第5条関係)

心身障害者施設通所報告書兼請求書

年 月 日

大磯町長 殿

通所者 住所
氏名
電話

次のとおり通所の報告をします。

月 分	通 所 日 数	月 分	通 所 日 数
	日		日
月 分	通 所 日 数	月 分	通 所 日 数
	日		日
月 分	通 所 日 数	月 分	通 所 日 数
	日		日

上記のとおり通所したことを確認します。

年 月 日

施設名
代表者

1 日 の 場 合	1日当たりの助成額 (決定通知に記載のある金額) 円	通所合計日数 日	助成合計額 円
定 期 券 の 場 合	定期券による額 円	助成合計額 (か月の定期の額×) 円	助成請求額 円

*通所日数については、サービス提供実績記録表をもとに確認を致します。

また、助成合計額が実際に通所した日数に応じた定期券による額と比較して高額となる場合は定期券の額を限度とします。