

様式第5号（第6条関係）

障害者施設等への通所等交通費助成請求書

年 月 日

江 田 島 市 長 様

請求者

住 所

氏 名

印

年 月 分

円を請求します。

助成対象者 氏名	通所等 日数	助成対象 日数 A	通所等のための経費（月額）		
			実支出額 B	基準額C (円×A)	BとCの低い額
	日	日	円	円	円
合 計					円

※実績記録票の写しを添付してください。

※実績記録票には必ず**事業所の証明印**と**受給者確認印**がついたものを添付してください。