

記入例

申請者の捨印を押印ください。
記入誤りを保健所で修正できるようになります。

捨 印

様式第 1 号

小樽市精神障害者社会復帰施設等通所（変更）届

小樽市長 迫 俊哉 様			届 出 理 由 (該当するものに○印)	
小樽市精神障害者社会復帰施設等通所交通費助成要綱第 5 条（第 8 条）の規定により届け出ます。			1 新 規	
			2 変 更 (1) 氏名の変更 (2) 住所の変更 (3) 通所経路・方法の変更 (4) 運賃改定・所要額の変更 (5) その他 ()	
★ 通所開始日 または変更が生じた日	→ 令和 ●年 ●月 ●日			
	名	小樽 太郎 (印)		
	所	小樽市緑 3-4-1		
	施設名	〇〇〇事業所		
	交通機関の名称	乗 車 区 間 (停留所駅名を記入)	3 通所しなくなったとき 乗車運賃所要額 (往復)	
交 通 費 負 担 の 状 況	バス	緑 3 丁目 ~ 小樽駅 間	4 8 0	
	バス	小樽駅 ~ 札幌駅 間	1, 4 6 0	
		~ 間		
	合 計		1, 9 4 0	

申請者に御記入いただく部分です

* この様式は、交通費の助成を受けようとする場合に施設代表者の確認を受け市長に提出すること（初回のみ）。ただし、届出内容に変更が生じたときは再度提出すること。

通所にあって利用する交通機関は、上記のとおり相違ないことを証明いたします。	
★ 通所開始日 や変更日と同日以降の日付	→ 令和○年 ○月 ○日
	住 所 地 札幌市中央区北○条西○丁目○-○
	施 設 名 〇〇〇事業所
代表者の職印または施設の印を押印	施設代表者名 △△ △△ (印)

通所先事業所に証明いただく部分です