



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。 年 月 日			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 ()	
氏 名	ⓐ			
住 所				
施設名				
交 通 費 負 担 の 状 況	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	
		～ 間	乗車運賃所要額（往復）	
		～ 間		
		～ 間		
	合 計			

* 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。

通所にあた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。	
年 月 日	
住 所 地	
施 設 名	
施設代表者名	ⓑ