

捨 印



年 月 日

小樽市長 迫 俊哉 様

所在地

施設名

施設代表者名

⑨

年度小樽市精神障害者社会復帰施設等通所交通費助成金支給台帳
(月分～ 月分)の提出について

年 月 日付で交付のあった 外 名の 年 月分～

年 月分までの交通費助成金について、別紙のとおり交通費助成金支給台帳を提出

いたします。

記

1. 交付額 円

2. 助成対象者 別添交通費助成金支給台帳のとおり