

様式第1号（第6条関係）

障害者支援施設等通所経路届

年 月 日

（宛先）村上市長

住 所 村上市
申請者
氏 名

印

次のとおり、障害者支援施設等通所経路を届けます。

交通機関	乗車区間（停留所等）	交通費負担額
バス・鉄道	～	往復 円
自家用車等	～ 片道 km	1日 円
施設の 送迎サービス		1日 円

※この様式は、施設長あてに提出すること。

（届出内容に変更が生じた場合は、様式第2号により届け出ること）

※施設長の証明

障害者支援施設等に通所するにあたり、申請者が利用する交通機関及び交通費負担額等について、上記のとおり相違ありません。
年 月 日
所在地
施設名
施設長名
印