様式第５号（第６条関係）

令和　　年　　月　　日

請　　　求　　　書

　　　　　　請　求　額　　　　金　　　　　　　　　円

　　ただし、令和　年　月分障がい者就労促進支援事業交通費助成金として

　　　　　　令和　年　月　日　～　令和　年　月　日（　　日間分）

　　上記の金額を請求します。

　　日南町長　　　様

　住所　日南町

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

上記請求額の内訳

|  |  |
| --- | --- |
| 交 通 手 段 | □鉄道　　　　利用区間（　　　　　　駅～　　　　　　駅）  　　　　　　　・１月分の定期券の価格　　　　　　　円  　　　　　　　　　　　×通所回数　　回＝　　　　　円  □バス　　　　利用区間（　　　　　　停～　　　　　　停）  　　　　　　　 　　　×通所日数　　日＝　　　　　円  □施設所有車　　　　　・１月当たりの利用料　　　　　円  □自家用車　・通所距離（往復）　　　km×　　円  　　　　　　　　　　×通所日数　　　日＝　　　　　　円 |
| 請　求　額 | 金　　　　　　　　　　円  ※交通手段に要する経費の１／２の金額（１０円未満切り捨て）  　助成額は月額１０,０００円が上限 |