

松戸市障害者施設等通所交通費受給資格変更届

年 月 日

(宛先) 松戸市長

届出者  
住所

氏名

電話番号

松戸市障害者施設等通所交通費助成規則第10条第1項の規定により、下記のとおり届け出ます。

記

受給者氏名		受給者生年月日	年 月 日
受給者住所	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
変更理由	変更前	変更後	
<input type="checkbox"/> 通所施設変更			
<input type="checkbox"/> 住所変更			
<input type="checkbox"/> 通所方法	<input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> 自家用自動車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> 自家用自動車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> ( )	
<input type="checkbox"/> 通所経路 (利用路線)	~ ( ) ~ ( ) ~ ( ) ~ ( )	~ ( ) ~ ( ) ~ ( ) ~ ( )	
<input type="checkbox"/> 通所交通費	乗車券 (片道 IC) 円 定期券 (3ヶ月分) 円	乗車券 (片道 IC) 円 定期券 (3ヶ月分) 円	
変更事由発生日	年 月 日		
備考			

- ※ 受給資格に変更のある箇所のみご記入願います。
- ※ 通所施設が変更になった場合は、通所証明書の添付が必要です。
- ※ 通所経路は最も経済的かつ合理的と認められる経路となるため、必ず申請した経路が認められるわけではありません。心身の状況等により、合理的な経路以外への変更を希望する場合には、通所先の施設が作成した通所経路意見書の添付が必要です。