

請 求 書

請 求 額 金 _____ 円

ただし、 年 月分障害者就労促進支援事業交通費助成金として

年 月 日 ~ 年 月 日（ 日間分）

上記の金額を請求します。

日南町長 様

住所 _____

氏名 _____ 印

上記請求額の内訳

交通手段	<input type="checkbox"/> 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
	<input type="checkbox"/> バス 利用区間（ 停 ~ 停） _____ × 通所日数 日 = _____ 円
	<input type="checkbox"/> 施設所有車 ・ 1月当たりの利用料 _____ 円
	<input type="checkbox"/> 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5,000円が上限