

障がい者施設等通所交通費変更届

年 月 日

藤 沢 市 長

申請者

住所

氏名

電話

対象者との続柄

次のとおり届けます。

フリガナ			生年	明・大	年	月	日
対象者氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		月日	昭・平			( 歳)
住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 藤沢市						
変更内容	<input type="checkbox"/> 住所変更		<input type="checkbox"/> 施設・医療機関変更		<input type="checkbox"/> 経路変更		
変更年月日	年 月 日						
住所	藤沢市			電話			
旧住所	藤沢市						
施設名及び住所	施設名			住所			
介護者	<input type="checkbox"/> 不要・必要		氏名		続柄 ( )		
	介護者が必要な理由						
経路変更	<input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 無				
変更後の通所方法							
通 所 の 方 法 関 連	<input type="checkbox"/> 自家用自動車等(自宅から施設の直線距離) km						
	<input type="checkbox"/>	通所の経路	交通機関名	片道の運賃	1カ月の定期代		
		~		円	円		
		~		円	円		
	~		円	円			
	特記事項						

※網掛部分は記入不要です。

市利用欄

受付	調査	起案				
決裁	施行	通知				
上記申請に基づき次のとおり決定してよろしいでしょうか。						
決定事項	年 月 日より	<input type="checkbox"/> 変更する <input type="checkbox"/> 廃止・停止する				
決 裁	参事	主幹	補佐	主査	担当	受付者