

第3号様式(第6条関係)

児童発達支援センター等通所費請求書																																							
日高町長	様				年 月 日																																		
				住所 請求者 氏名	(印)																																		
				通所児童との続柄( )																																			
児童発達支援センター等通所費の支給を受けたいので、次のとおり請求します。																																							
児 童 氏 名	( 年 月 日生)																																						
利用交通機関	・自家用車 ・鉄 道( 駅 から 駅 まで) ・バ ス( 停留所から 停留所まで)																																						
料 金	料金は、児童及び保護者各1人分(身体障害者手帳で割引を受ける場合は、割引後の金額)で計算してください。 ・鉄 道 1回往復 円× 回 = 円 ・バ ス 1回往復 円× 回 = 円 <div style="text-align: right;">計 円</div>																																						
施設通所証明欄																																							
上記の児童は、次のとおり通所したことを証明します。																																							
(通所日に○印を付けて押印してください。) 年 月分																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin: 0 auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> <tr><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td></tr> <tr><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td></tr> <tr><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td></td></tr> </table>								1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
1	2	3	4	5	6	7	8																																
9	10	11	12	13	14	15	16																																
17	18	19	20	21	22	23	24																																
25	26	27	28	29	30	31																																	
年 月 日				施設名		印																																	
町 記 載 欄	鉄道	駅 から	駅 まで	往復	円×	回=	円																																
		駅 から	駅 まで	往復	円×	回=	円																																
	バス	停留所から	停留所まで	往復	円×	回=	円																																
		停留所から	停留所まで	往復	円×	回=	円																																
							合計	円																															