

通所施設通所交通費助成対象事業所の皆様へ

千葉市の通所施設通所交通費助成制度は、通所者の交通費の2分の1を助成する制度です。通所先事業所で通所に係る交通費の助成がある場合は、別紙1又は2を参考に、必要書類を作成してください。

【参考】

千葉市からの助成額計算例（1箇月の定期券価額が10,000円の場合）

パターン1：事業所からの助成がない場合

$$10,000 \text{ 円} \div 2 = \underline{5,000 \text{ 円}}$$

千葉市からの助成額

パターン2：事業所からの月3,000円の助成がある場合

$$(10,000 \text{ 円} - 3,000 \text{ 円}) \div 2 = \underline{3,500 \text{ 円}}$$

千葉市からの助成額

【別紙1 記載例】
千葉市心身障害者通所施設通所交通費助成制度の場合

様式第7号

千葉市心身障害者通所交通費助成
通 所 証 明 書

年 月 日

(あて先) 千葉市長

施設所在地

名 称

代表者氏名

印

対象者は、当施設に下記の日数通所したことを証明します。

【対象期間】 年 月～ 年 月

対象者	フリガナ			
	氏名			
住所	千葉市			
通所年月	年 月	年 月	年 月	年 月
上記の月に 通所した日数		日		
1か月あたりの 利用契約日数		日		

欄外に実際に事業所で助成した
金額を記入してください。

事業所助成額 4月 3,000円、5月 3,000円、6月 1,600円

◎ この証明書は、千葉市心身障害者通所交通費助成の受給資格の認定をされている
方が通所交通費の請求をする際に添付する書類です。

◎ 証明の対象期間は、下記の区分の各3か月分となります。

期別	期間		
第1期	4月	5月	6月分
第2期	7月	8月	9月分
第3期	10月	11月	12月分
第4期	1月	2月	3月分

【別紙2 記載例】
千葉市精神障害者通所施設通所交通費助成制度の場合

(様式第2号)

通院・通所証明書

令和 年 月 日

(あて先) 千葉市長

住 所

施設(団体)名

代表者氏名 印

下記の者は通所していることを証明します。

記

通所施設の種別		(該当する種別の□にチェックを記入して下さい)			
		<input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 自立訓練 <input type="checkbox"/> 就労選択支援 <input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 就労継続支援 <input type="checkbox"/> 地域活動支援センター <input type="checkbox"/> 精神障害者共同作業所 <input type="checkbox"/> 精神科デイケア <input type="checkbox"/> 精神科ナイトケア <input type="checkbox"/> 精神科デイナイトケア <input type="checkbox"/> 精神科ショートケア			
対象者	氏名	カナ 漢字			
	住 所				
月当たり作業日数	月	月	月	計	
備考欄に実際に事業所で助成した 金額を記入してください。					
備 考	事業所助成額 4月 2,000円、5月、2500円、6月 3,000円				