

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、通所者の交通費の実費の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

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

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

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

千葉市からの助成額

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
上 記 の 月 に 通 所 し た 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。
1 か月あたりの 利 用 契 約 日 数		日		

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	1 0 月 1 1 月 1 2 月分
第 4 期	1 月 2 月 3 月分

(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 <input type="checkbox"/> 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
<div>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。</div>					
備 考	事業所助成額 4月 2,000円、5月、2500円、6月 3,000円				