

## 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	10月 11月 12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 style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;">                     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			