

資料6(共通)	令和3年3月24日
障害福祉サービス等に係る事業者説明会	
千葉県障害者自立支援課	

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

千葉市中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		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、千葉市中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

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

対象者	氏名	かな			
		漢字			
	住所				
月当たり作業日数		月	月	月	計
備考	<div data-bbox="858 1733 1394 1890" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;">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> 事業所助成額 4月 2,000円、5月、2500円、6月 3,000円				