

この書類は郵送可能です。また、出張所・連絡所（船橋駅前総合窓口センター除く）でもお預かりします。

療育支援課

第2号様式

## 通 所 届

船橋市長 あて		通所者 (児童)	ふりがな					
障害者施設等の名称			氏名	生年月日( . . )				
所在地			住所	〒				
通所開始年月日	平成		年	月	日	自宅電話番号		( )
	令和					手帳の種類及びその等級		<input type="checkbox"/> 手帳なし <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 第__種__級 <input type="checkbox"/> 療育手帳 第__種 程度__ <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳__
届出事由	1 新規 2 交通費の変更 3 住所の変更 4 障害者施設等の変更 5 その他 ( )		介護者 (保護者)	ふりがな				
				氏名				
				住所	〒 <input type="checkbox"/> 同上			
届出事由の発生日	平成	年	月	日	電話番号		( )	
	令和							
備考								
順路	通所方法	区 間		距離 (概算)	所要時間 (片道)	金額 (片道)	1か月定期券等の金額	
1		自宅	~	km	分	円	円	
2			~	km	分	円	円	
3			~	km	分	円	円	
4			~	km	分	円	円	
5			~	km	分	円	円	
計		自宅	~	km	分	円	円	
自宅から障害者施設等までの経路の略図(道路地図の添付でも可能)※自家用車利用の方のみ記入								
摘要		※この欄には記入しないでください。						

この書類は郵送可能です。また、出張所・連絡所(船橋駅前総合窓口センター除く)でもお預かりします。

療育支援課

第2号様式

通所届

記入例

船橋市長 あて		通所者 (児童)	ふりがな	ふなばし たろう
障害者施設等の名称	○○○○○		氏名	船橋 太郎 生年月日( ○○. ○○. ○○)
所在地	船橋市○○町1-2-3	介護者 (保護者)	住所	〒273-8500 船橋市○○町4-5-6
通所開始年月日	平成 ○○年 ○月 ○日 令和		自宅電話番号	047 ( 123 ) 4567
届出事由	① 新規 2 交通費の変更 3 住所の変更 4 障害者施設等の変更 5 その他 ( )	手帳の種類及びその等級	<input type="checkbox"/> 手帳なし <input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳 第1種 1級 <input type="checkbox"/> 療育手帳 第__種 程度__ <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳__	
		ふりがな	ふなばし はなお	
届出事由の発生日	平成 年 月 日 令和	氏名	船橋 花男	
		住所	〒273-8500 船橋市○○町4-5-6 <input type="checkbox"/> 同上	
		電話番号	047 ( 123 ) 4567	

公共交通機関利用の方

この届出の内容で通い始めた日。

順路	通所方法	区 間	距離 (概算)	所要時間 (片道)	金額 (片道)	1か月定期券 等の金額
1	徒歩	自宅 ~ 船橋駅	0.2km	3分	円	円
2	JR	船橋 ~ 津田沼	3.5km	5分	00円	00円
3	新京成電鉄	津田沼 ~ 北習志野	4.3km	7分	00円	00円
4	新京成バス	北習志野 ~ 清水山	1.8km	10分	00円	00円
5	徒歩	清水山 ~ ○○○○○	0.1km	2分	円	円
計		自宅 ~ ○○○○○	9.9km	27分	00円	00円

距離、金額が不明な場合は記入不要です。

自家用車利用の方

順路	通所方法	区 間	距離 (概算)	所要時間 (片道)	金額 (片道)	1か月定期券 等の金額
1	自家用車	自宅 ~ ○○○○○	9.9km	27分	円	円

自宅から障害者施設等までの経路の略図(道路地図の添付でも可能)※自家用車利用の方のみ記入

自家用車利用の方は、ここに略図を記載するか地図を添付して下さい。