様式３

横浜町療育施設等通所交通費助成受給資格認定変更届

令和　　年　　月　　日

横浜町長

申請者（利用児の保護者）

住所　横浜町字

氏名　　㊞

通所者との続柄

電話番号

横浜町療育施設等通所交通費助成実施要領に基づく受給資格認定について変更がありますので、届出します。

通所者氏名（ふりがな）		生年月日	年　月　日
通所者住所	横浜町字	性別	男・女
受給資格認定内容の変更事項	１．通所者の氏名　２．通所者の住所　３．通所施設 ４．乗車区間　５．その他（　　）		
変更内容	（新）　　（旧）		
変更年月日	年　月　日		

※通所施設変更の場合は、新しい通所施設から証明書をもらってください。

上記の者は児童福祉法により支給決定を受け、本施設に通所していることに相違ありません。

令和　　年　　月　　日

施設名称　　㊞

施設住所

電話番号