



平成 年 月 日

盲ろう者通訳・介助員実施報告書兼交通費請求書

広島県聴覚障害者センター
派遣事業担当者 様

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

登録番号 _____

次の方の盲ろう者通訳・介助を実施しました。
については、これに要した交通費を下記のとおり請求します。

利用者氏名	
実施年月日及び 実施時間	平成 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分 (時間)
実施場所	
実施内容	

上記のとおり相違ありません。 利用者の署名・押印



交通機関	車の場合 距離数	区間 (往復・片道)		介護・ 障害者割引	交通費の 内訳
	Km	~	往・片	有・無	円
	Km	~	往・片	有・無	円
	Km	~	往・片	有・無	円
	Km	~	往・片	有・無	円
	Km	~	往・片	有・無	円
	Km	~	往・片	有・無	円
	Km	~	往・片	有・無	円
交通費請求額					円

※決定欄 (記入しないでください。)

謝礼金	円	交通費	円
積算内訳	@2,000 円× 時間	(車の場合)	@35 円×km 数