様式第４号(第10条関係)

度会町高齢者及び重度心身障害者タクシー料金助成事業請求書

年　　月　　日

　（宛先）度会町長

協力機関

所在地

名　　称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者

度会町高齢者及び重度心身障害者タクシー料金助成事業実施要綱第10条の規定

に基づき、次のとおり請求します。

請求金額　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

乗車月　　　　年　　　月分

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 交付番号 | 助成券利用枚数 | 助成券利用金額 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

※助成券添付