

様式第4号(第11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11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