

昭島市心身障害者自動車ガソリン費等助成金請求書

年 月 日

（宛先）昭島市長

申請者
(障害者)

住所

氏 名

印

電話番号

昭島市心身障害者自動車ガソリン費等助成事業実施要綱第 7 条の規定により、下記のとおり請求します。
なお、交付された助成金は指定の口座に振り込んでください。

記

請 求 額

* 円

※申請者と受給者が同じ場合は、「住所」、「氏名」は省略可能です。

受給者住所	昭島市		
受給者氏名		生年月日	年 月 日

（助成内容） 燃料種別 （ ガソリン ・ 軽油 ） ← ○で囲んでください。

使用月	使用量：A	限度量：B	認定量：C (A又はBの少ない量)	助成額 (C× 円又は 円)
月	リットル	30 リットル	リットル	円
月	リットル	30 リットル	リットル	円
月	リットル	30 リットル	リットル	円
助 成 額 合 計				* 円

- ※ 請求するときは、必ず購入時の領収書を添付してください。
- ※ * 欄は、記入しないでください。
- ※ 記載された事項は、保健福祉総合システムのコンピュータに記録されます。

※ 助成金の請求期間は、次のとおりです。お間違えのないよう御注意ください。

区 分	1 期	2 期	3 期	4 期
燃料の使用期間	4 月 1 日～6 月30日	7 月 1 日～9 月30日	10 月 1 日～12 月31日	1 月 1 日～3 月31日
助成金請求期限	7 月10日まで	10 月10日まで	1 月10日まで	4 月10日まで

※ 助成金の請求期限を過ぎると、請求することはできません。請求日の最終日（7 月10日、10 月10日、1 月10日又は4 月10日）が、土曜日、日曜日又は祝日にあたるときは、翌開庁日まで請求することができます。