

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

住 所申請者
(障害者) 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 リットル	限度量：B リットル	認定量：C (A又はBの少ない量) リットル	助成額 (C×円又は円) 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。