

昭島市福祉タクシー利用費助成請求書

年 月 日

（宛先）昭島市長

申請者 住 所 _____

（障害者）氏 名 _____ 印 _____

電話番号 _____

昭島市福祉タクシー利用費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。

※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			
受 給 者 氏 名		生年月日	年 月 日

〈乗車運賃〉

No	乗車日	金額	No	乗車日	金額
1			16		
2			17		
3			18		
4			19		
5			20		
6			21		
7			22		
8			23		
9			24		
10			25		
11			26		
12			27		
13			28		
14			29		
15			30		
計	円(A)				

年度
前期（4月1日～9月30日） 乗車分
後期（10月1日～3月31日）
円（A）

助成限度額 円（B）

助成額（A又はBの少ない額）
円

請求金額
円

- ※ 領収書の添付がない場合は、受け付けることができません。
- ※ 請求書には、請求金額分の領収書が必要となります（上限額は 円）。また、乗車運賃及び
迎車料金のみ請求することができます。
- ※ 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	前 期	後 期
タクシーの利用期間	4月1日～9月30日	10月1日～3月31日
助成金請求期間	4月1日～10月10日	10月1日～4月10日

※助成金の請求期間を過ぎると、請求することはできません。請求日の最終日（4月10日又は10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。