

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	昭島市		
受給者氏名		生年月日	年 月 日

<乗車運賃>

領収書No.	乗車日	乗車金額
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
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 1万円 (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1万円）。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。