|  |
| --- |
| 収　受　印 |
|  |

様式第５号

所沢市重度心身障害者福祉タクシー使用料金補助申請書

令和　　年　　月　　日

(あて先)　所　沢　市　長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒３５９－

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所　所沢市

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　－　　　　　－

　所沢市重度心身障害者福祉タクシー使用料金補助要綱第９条第３項の規定により次の　　とおり請求します。

　　　　　　　認定証番号 　№

　　　　　　　使用月　　　　　　　　月　～　　　月

　　　　　　　使用枚数　　　　　　　　　　　　　　枚

　　　　　　　請求金額　　　　　　　　　　　　　　円

※請求するときは、領収書と所沢市重度心身障害者福祉タクシー利用券を必ず添付してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 審  査  欄 | 請求枚数　　　　　　　　　　補助金額  　　　　　　　　　枚　 　　　　　　　　　　円 | |
| 支払　　年　　月　　日 | 補助決定額　　　　　　円 |