

境町福祉タクシー代交付申請書

年 月 日

境町長 殿

申請者 氏名 ①
生年月日 年 月 日
住所 境町
電話番号

交付申請金額 金 _____ 円也

内訳 年 月分

通院月日	医療機関の名称	印	タクシー会社名
月 日			
月 日			
月 日			
月 日			
月 日			
月 日			
月 日			
月 日			
月 日			
月 日			
月 日			

タクシー料金のレシート又は領収書を添付して下さい。1回600円（往復1,200円）の助成で1か月の合計は3,000円までの助成金となります。

なお、人工透析を受けている方については、月20回（12,000円）までの助成金となります。

境町福祉タクシー利用助成金請求書

【請求内訳】

_____年 月分 金 _____円也

_____年 月分 金 _____円也

※内訳については、別紙「交付申請書」のとおり

※内訳の金額が、3,000円以下の金額の場合はその金額、又、3,000円を超える金額の場合は3,000円となります。

※人工透析を受けている方については、月20回（12,000円）までとなります。

【支給の方法】

口座振込み希望（別紙「口座振込依頼書」に必要事項を記入して提出）

上記のとおり請求いたします。

年 月 日

請求者 住所
氏名

⑩

境町長 殿