

記入方法

様式第1号

境町福祉タクシー代交付申請書

境町長

殿

ご記入ください。

令和 年 月 日

申請者 氏名 (印)
生年月日 年 月 日
住所 境町
電話番号

交付申請金額 金 円也

記入しないでください。

内訳 令和 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			
月 日			
月 日			
月 日			

通院日をご記入ください

通院先の受付で確認印をもらってください。

タクシーのレシート(領収書)を必ずお持ちください

初めての申請の方へ

口座振替依頼書(窓口で配布)の提出が必要になりますので、利用者本人の通帳と印鑑をお持ちください。

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】

記入しないでください。

令和	年	月分	金	円也
令和	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）

ご記入ください。

上記のとおり請求いたします。

令和 年 月 日

請求者 住所
氏名

印

境町長

殿