

我孫子市長あて

利用者番号 \_\_\_\_\_

申請者 住 所

氏 名

電 話 番 号

我孫子市福祉タクシー運賃等助成申請書

次のとおり福祉タクシーを利用したので、当該福祉タクシーの運賃等の助成を申請します。

1 助成金の申請額

番号	利用日	運賃等の領収書の金額	領収書の金額のうち、運賃の10分の9の額に相当する額（10円未満を切り捨てた額）及び迎車回送料金の額を合算した額（上限720円）
1	年 月 日	円	円
2	年 月 日	円	円
3	年 月 日	円	円
4	年 月 日	円	円
5	年 月 日	円	円
6	年 月 日	円	円
7	年 月 日	円	円
8	年 月 日	円	円
合 計 （ 助 成 金 申 請 額 ）			円

2 助成金の振込先

振込先	金 融 機 関 名		支店名	
	口 座 番 号		区分	1 普通 2 当座
	フリガナ			
	口 座 名 義 人			

添付書類 利用券及び領収書

備考

- 領収書の返却 希望する 希望しない  
（領収書の返却を希望する場合は、返送用の封筒（返送に要する料金分の切手を必ず貼ること。）を添付してください。）
- 1回の利用につき利用券を1枚使用できます。