

様式第1号(第5条関係)

重度心身障害者タクシー料金助成申請書

年 月 日

御前崎市長 様

申請者 住所 御前崎市
氏名
電話

次のとおり御前崎市重度心身障害者タクシー料金助成要綱による移送費を支給願いたく
領収書を添えて申請します。

障 害 者	氏 名				1 身障手帳	級
	生年月日	年	月	日	2 療育手帳	A
利 用 月 日	区	間	往 復 別	料 金	利用医療機関等名	
・		～	往 復	円		
・		～	往 復	円		
・		～	往 復	円		
・		～	往 復	円		
・		～	往 復	円		
・		～	往 復	円		
・		～	往 復	円		
合 計 金 額				円		

振 込 口 座	金 融 機 関 名	銀 行 信用金庫 農 協	支 店	種 別	普 通 当 座	口座名	
						義 氏 名	
						番 号	

市 記 入 欄					
合計利用料金	円	×1/2	円	支給額	円