

障害者福祉タクシー利用券兼助成金請求書

1 交付番号		2 請求月		月分		3 請求金額		円	
								(6,000円を超える場合は、6,000円)	
利用日	利用内容（医療機関名等）	利用額	利用日	利用内容（医療機関名等）	利用額	利用日	利用内容（医療機関名等）	利用額	利用額
日	※医療機関で申告しゴム印等を押印してください	円	日	※医療機関で申告しゴム印等を押印してください	円	日	※医療機関で申告しゴム印等を押印してください	円	円
日	※医療機関で申告しゴム印等を押印してください	円	日	※医療機関で申告しゴム印等を押印してください	円	日	※医療機関で申告しゴム印等を押印してください	円	円
日	※医療機関で申告しゴム印等を押印してください	円	日	※医療機関で申告しゴム印等を押印してください	円	日	※医療機関で申告しゴム印等を押印してください	円	円
日	※医療機関で申告しゴム印等を押印してください	円	日	※医療機関で申告しゴム印等を押印してください	円	日	※医療機関で申告しゴム印等を押印してください	円	円
日	※医療機関で申告しゴム印等を押印してください	円	日	※医療機関で申告しゴム印等を押印してください	円	日	※医療機関で申告しゴム印等を押印してください	円	円
日	※医療機関で申告しゴム印等を押印してください	円	日	※医療機関で申告しゴム印等を押印してください	円	日	※医療機関で申告しゴム印等を押印してください	円	円
日	※医療機関で申告しゴム印等を押印してください	円	日	※医療機関で申告しゴム印等を押印してください	円	日	※医療機関で申告しゴム印等を押印してください	円	円
日	※医療機関で申告しゴム印等を押印してください	円	日	※医療機関で申告しゴム印等を押印してください	円	日	※医療機関で申告しゴム印等を押印してください	円	円
日	※医療機関で申告しゴム印等を押印してください	円	日	※医療機関で申告しゴム印等を押印してください	円	日	※医療機関で申告しゴム印等を押印してください	円	円
日	※医療機関で申告しゴム印等を押印してください	円	日	※医療機関で申告しゴム印等を押印してください	円	日	※医療機関で申告しゴム印等を押印してください	円	円
利用額小計		円		利用額小計		円		円	

利用額合計

円

× 1/2 =

円

3 請求金額にお書きください
※100円未満の端数が生じた場合切り捨て

年 月 日

住所：古河市

氏名：

Ⓜ

電話番号：

（自署又は記名押印）

（注）必ず、レシートをこの枠内に張り付け、利用翌月の10日までに提出してください。

※下記を参考にして裏面の請求書に記入してください

様式第2号（第7条関係）

記入例

障害者福祉タクシー利用券兼助成金請求書

1 交付番号		2 請求月		××月分	3 請求金額		1,200円
							(6,000円を超える場合は、6,000円)
利用日	利用内容（医療機関名等）	利用額	利	利用内容（医療機関名等）	利	利用額	
3日	※医療機関で申告しゴム印等を押印してください 古河総和三和医院	1,230円		※医療機関で申告しゴム印等を押印してください			
3日	※医療機関で申告しゴム印等を押印してください 古河総和三和医院	1,230円		※医療機関で申告しゴム印等を押印してください			
日	※医療機関で申告しゴム印等を押印してください	円	日	※医療機関で申告しゴム印等を押印してください		円	
日	※医療機関で申告しゴム印等を押印してください	円	日	※医療機関で申告しゴム印等を押印してください		円	
日	※医療機関で申告しゴム印等を押印してください	円	日	※医療機関で申告しゴム印等を押印してください		円	
日	※医療機関で申告しゴム印等を押印してください	円	日	※医療機関で申告しゴム印等を押印してください		円	
日	※医療機関で申告しゴム印等を押印してください	円	日	※医療機関で申告しゴム印等を押印してください		円	
日	※医療機関で申告しゴム印等を押印してください	円	日	※医療機関で申告しゴム印等を押印してください		円	
利用額小計		2,460円		利用額小計		円	
利用額合計		2,460円		× 1/2 =		1,230円	
						3 請求金額にお書きください ※100円未満の端数が生じた場合切り捨て	

通院した際に、必ず医療機関の窓口で押印または記入してもらって下さい。

タクシーで発行してもらった領収書の金額を記入して下さい。

各小計を足して1ヶ月利用の合計金額を記入して下さい。

1ヶ月利用の合計金額の半額を記入して下さい。

利用月を記入して下さい。
(請求書は1ヶ月単位の申請です。)

総合計の半額の際の百円未満の端数は切り捨てて記入して下さい。
例：1,230円⇒1,200円

令和〇年△△月××日

利用者の住所・名前・電話番号を記入して下さい。

住所：古河市 駒羽根1501

氏名：古河 太郎 電話番号：92-4919

(注) 必ず、レシートをこの枠内に張り付け、利用翌月の10日までに提出してください。

この枠内に、通院でタクシーを利用した際に発行されたレシート・領収書をのりやホチキス等で貼って下さい。

利用翌月の10日までに提出して下さい。