様式第10号（第10条関係）

年　　月　　日

　　太子町長　様

請求者　所在地

会社名

代表者　　　　　　　　　　　　　　印

重度身体障がい者等リフト付タクシー料金助成金請求書

　太子町重度身体障がい者等リフト付タクシー料金助成事業実施要綱第10条第２項の規定により、下記のとおり請求します。

|  |  |
| --- | --- |
| 請求額 | 　　　　　　　　　　　円 |
| 利用月 | 　　　　　　年　　　月分 |
| 助成券枚数 | 　　　　　　　　　　　枚 |
| 振　込　口　座 | 金融機関名・支店名 |  |
| 預金種別 | 普　通　・　当　座　・　その他 |
| 口座番号 |  |
| (フリガナ) |  |
| 口座名義人 |  |

※重度身体障がい者等リフト付タクシー助成券を添付のこと。