

吹田市通院困難者タクシークーポン券助成額請求書

令和 年 月 日

吹田市長 宛

請求者 住 所
事業所名
代表者名 ㊟

吹田市通院困難者タクシークーポン券によるタクシー料金助成額を下記のとおり請求します。

記

請 求 額	円
利 用 月	令和 年 月分
クーポン券枚数	枚
振 込 先	金融機関名 銀行 信用金庫 組 合 支 店 支 所 出張所
	預 金 種 別 <input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金
	口 座 番 号
	フリガナ
	口座名義人

- ※1 利用のあったクーポン券を添付してください。
- ※2 請求額には、利用のあったクーポン券の合計金額を記載してください。
- ※3 クーポン券1枚につき助成上限額は660円です（運賃が660円未満の場合は、当該運賃の額が助成額となります）。