

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	☐ 普通預金 ☐ 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)

発行責任者及び担当者 ※請求者欄に押印がある場合は省略可			
発行責任者	役職	氏名	連絡先
担当者	役職	氏名	連絡先