

記入例

翌月10日までに請求書の提出をお願いします。

日付は空白のままをお願いします。

吹田市通院困難者タクシークーポン券助成額請求書

年 月 日

吹田市長 宛

請求者 住 所 吹田市泉町1-3-40

事業所名 吹田タクシー

代表者名 代表 吹田 太郎

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

請求額は訂正いただけませんので、ご注意ください。

金額以外の訂正は可能ですが、訂正箇所には、**代表者印による訂正印**もしくは、**記名のご記入**をお願いいたします。

利用のあった月ごとに請求をお願いします。  
(複数の利用月をまとめた請求は出来ませんのでご注意ください。)

請求額	6,600 円
利用月	H30年 10 月分
印	10 枚
銀行	支店
信用金庫	支所
組合	出張所
支 払 先	預金種別 <input checked="" type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金
	口座番号 1 2 3 4 5 6 7
	フリガナ スイタタクシー
	口座名義 吹田タクシー

△印鑑を押印しない場合

発行責任者(役職・氏名・連絡先)  
担当者(役職・氏名・連絡先)  
を必ず記入してください。

※印鑑を押印している場合は  
記入不要です。

※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金額を記入してください

※3 クーポン券1枚につき助成上限額は660円です。超過した場合は、超過した分の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 代表 氏名 吹田 太郎 連絡先 06-0000-0000

担当者 役職 代表 氏名 吹田 太郎 連絡先 06-0000-0000

請求者欄に押印しない場合