

記入例

翌月10日までに請求書の提出をお願いします。

吹田市通院困難者タクシークーポン券助成額請求書

日付は空白のままをお願いします。

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 吹田 太郎 印

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**を押してください。

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の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	11	10 枚
	〇〇〇	銀行 信用金庫 組 合	支店 支 所 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	

※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初乗運賃相当額（上限660円）までです。（初乗運賃が660円未満の場合は、初乗運賃の額が助成上限額となります。）