

吹田市重度障がい者リフト付き福祉タクシー時間制運賃相当額請求書

年 月 日

吹田市長 宛

請求者 所在地
名称
代表者名

年 月分の時間制運賃相当額を下記のとおり請求します。

記

1 請求額 金 _____ 円

2 内 訳

時間制運賃相当額(円)	枚 数 (枚)	計 (円)
合 計		

3 振込先

金融機関名	銀行
支店名	支店
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	

※ 時間制運賃相当額は、助成上限額3,000円まで。

(ただし、時間制基本運賃額が3,000円未満の場合は時間制基本運賃の額)