

吹田市重度障がい者福祉タクシー運賃相当額請求書

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

運賃相当額(円)	枚 数 (枚)	計 (円)
合 計		

※ 運賃相当額は、助成上限額まで

3 振込先

金融機関名	銀行	支店	預金の種別	<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				