

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
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		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	<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。）