

様式第4号(第8条関係)

鶴ヶ島市重度心身障害者自動車燃料助成金請求書

年 月 日

(あて先) 鶴ヶ島市長

請求者 住所 _____
氏名 _____ 印
電話番号 _____

鶴ヶ島市重度心身障害者自動車燃料助成事業実施要綱第8条の規定により、下記のとおり請求します。

記

助成金請求額 _____ 円
(内訳)

助成対象者氏名	
助成対象期間	年 月～ 年 月 (か月分)
自動車燃料費実費相当額①	円
助成限度額②	円(9,000円÷12× か月分)
助成金額(①と②を比較して少ない額)	円
添付書類	助成対象期間の自動車燃料費領収書等
備考	

口座振替 依頼	金融機関名		口座番号		名義人
		銀行 金庫 農協	本店 支店	当 No. 普	(フリガナ)