

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

(宛先) 鶴ヶ島市長

請求者 住 所 _____
氏 名 _____
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	