

福祉タクシー助成金交付申請書

年 月 日

(宛先)山武市長

登録番号

氏 名

電話番号

次のとおり福祉タクシーを利用したので、助成金を申請します。

1 助成金の申請額

番号	乗 車 料 金	助 成 金 額
1	円	円
2	円	円
3	円	円
4	円	円
合計(助成金申請額)		円

注 「助成金額」の欄は、乗車料金が1,000円以上のときは1,000円、1,000円に満たないときは、乗車料金と同額を御記入ください。

※ 添付書類 領収書