

様式第6号(第8条関係)

愛南町介護タクシー助成事業利用助成金請求書

年 月 日

愛南町長 様

住所 愛南町
氏名

印

愛南町介護タクシー助成事業実施要綱第8条第2項の規定により、次のとおり利用料金を請求します。

請求内訳			
利用日	出発地 及び 到着地 (医療機関名を記入してください。)	請求金額	利用目的 どちらかに○ を記入
	から まで	円	通院・入退院
	から まで	円	通院・入退院
	から まで	円	通院・入退院
	から まで	円	通院・入退院
	から まで	円	通院・入退院
合 計			

(注1) 領収書を添付してください。

(注2) 請求金額は、領収金額の2分の1の額を記入してください。ただし、領収金額の2分の1の額が次に記載する助成の上限額を超えるときは、上限額を記入してください。

(1) 愛媛県南予地域内又は高知県幡多圏域内 1回当たり 6,000円

(2) 愛媛県内(南予地域を除く。)又は高知県内(幡多圏域を除く。) 1回当たり 16,000円

【振込口座】 下記口座へ振り込みを依頼します。

振込 金融 機関名	銀行 金庫 農協	支店 支所	普通 ・ 当座
	(カナで記入) 口座名義人		口座番号