

# 障害

## 請求関係書類記入見本

様式第7号（第15関係）

年 月 日

（請求先）茨木市長

日付けは空欄でお願いします。

（請求者）

所在地 茨木市駅前三丁目8番13号

団体名 茨木障福タクシー

代表者 代表 茨木 太郎

㊞

茨木市重度障害者福祉タクシー利用料請求書

**口座振替依頼書で届出の印鑑（朱肉を使用するもの）で押印ください。**

茨木市重度障害者福祉タクシー料金助成事業実施要綱第15により、令和5年4月分の助成金を次のとおり請求します。

**乗車月をご記入ください。**

1 請求金額 金 5,000 円（消費税等額含む。）

2 添付書類

(1) 茨木市重度障害者福祉タクシー利用状況報告書

(2) 使用済み利用券

**「円」がありますので、「5,000」**

**の前に「¥」は付けないでください。**

**また、「カンマ(, )」を付ける場合、**

**位置にご注意ください。**

**利用券に乗車日・乗車料金総額・タクシー会社等・車両番号を記入してください。記入を誤った場合は、2重線で訂正のうえ、訂正印（朱肉を使用するもの）を押印してください。**

