様式第7号

門川町重度障がい者タクシー料金助成事業請求書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金　額 | 千万 | 百万 | 拾万 | 万 | 千 | 百 | 拾 | 円 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

　○ 対象月 　　　　年　　月利用分

　○ 利用券枚数 　　枚　×　　　　　円　＝　　　　　　　　　円

* 振込先

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 |  |
| 支店名 |  |
| 預金種別 |  |
| 口座番号 |  |
| 口座名義 |  |

　門川町重度障がい者タクシー料金助成事業実施要綱第7条の規定に基づき、利用券を添えて請求します。

　門川町長　殿

 　　　　年　　月　　日

 所在地

 事業者

 代表者　　　　　　　　　　　　　　　　印