

三股町重度障害者タクシー等料金請求書

	拾	万	千	百	拾	円
金 額						

※ 対象月 年 月分
※ 利用券 円券 × 枚

三股町重度障害者タクシー等料金助成事業実施要綱第 1 0 条の規定に基づき、利用券を添えて請求します。

年 月 日

（事業所）

住 所

氏 名

Ⓔ

（電話 ー ）

振込先（必ず記入してください。）

金融機関名

支 店 名

口 座 番 号

口 座 名 義

三股町長 様