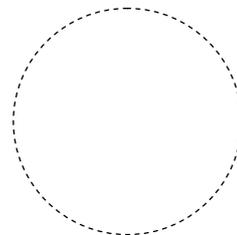


受給者番号			
-------	--	--	--



小平市心身障害者ガソリン費補助金請求書

※ 記入しないでください。

¥ _____

左記の金額を請求します。

年 月 日

小 平 市 長 殿

住 所 小平市

受給者氏名 (印)

電 話

実際に使用した量を記入してください。

A	月	B	月	C	月
	ℓ		ℓ		ℓ

※ 下記の欄は記入しないでください。(月50ℓが限度です。)

ガ ソ リ ン	A	ℓ	B	ℓ	C	ℓ
ℓ × 税 額 相 当 分 =						

支払いは翌月の下旬になります。登録されている口座に振込みます。

※ 注 意

- 印鑑、決定通知書兼受給者カードは、必ず持参願います。
- 太線内を記入し、※は、記入しないでください。
- 使用量、氏名を明記した領収書を合わせて提出してください。
- 請求書は、期限内の提出を厳守してください。