様式第５号(第１０条関係)

福祉タクシー請求書

　　　年　　　月　　　日

　睦沢町長　　　　　　　　　様

所 在 地

会 社 名

代表者名 印

　福祉タクシー協力金及び助成金を次のとおり請求します。

請求額　　　　　　　　　　円

請求期間　　　　　　　　年　　　月分

事　 務　手　数 　料　　　　　　　　　　　　　円（　　　　回×１００円）

助　　成　　金　　額　　　　　　　　　　　　　円

【振込先】