様式第５号（第９条関係）

介護タクシー利用料金補助申請書

年　　月　　日

　　増毛町長　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（対象者との続柄：　　　　　　　）

　次のとおり、関係書類を添えて介護タクシー利用料金補助事業に係る補助金の支給を申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 補助対象者 | 氏　名 |  | 生年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 住　所 |  |
| 利用日 | 　　年　月　日 | 年　月　日 | 年　月　日 | 年　月　日 |
| 介護タクシー料金 | 　　　　　円 | 　　　　　円 | 　　　　　円 | 　　　　　円 |
| 利用範囲・距離 病院名など 距離：㎞ |  |  |  |  |
| 備　　　　　考 |  |

（注）　１　この申請書は、１か月分をまとめて使用してください。なお、利用日が５件以上となる場合は、別途申請書に記載し提出をしてください。

　　　　２　この申請書に、利用した介護タクシーの領収書及び第５条に掲げる利用範囲が確認できる書類（医療機関等の領収書等）を添付してください。

　　　　３　介護タクシー料金欄へは、領収書の金額を記入してください。

（振込先）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | 店名 |  |
| 種目 |  | 口座番号 |  |
| （フリガナ）口座名義 |  |