

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：km				
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			