請求する領収書の期間中に入院や入所はありましたか

　なし　・　あり　（期間：　　/　　～　　/　　 ）

[第4号様式](http://localhost/)（第9条関係)

|  |
| --- |
| 大垣市障害者社会参加自家用自動車助成金請求書令和　　　　年　　　　月　　　　日大垣市長　　　　様（利用者）住　所　大垣市氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話大垣市障害者社会参加助成要綱第9条第1項の規定により、**年　　月分から　　年　　月分**までを次のとおり請求します。 |
|  | 助成請求額 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 円 |  |
| 月別 | 月分 | 月分 | 月分 | 月分 | 月分 | 月分 | 計 |
| 使用量 | ㍑ | ㍑ | ㍑ | ㍑ | ㍑ | ㍑ | ㍑ |
| 金額 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| **振替先金融機関** | **銀行****金庫****農協** | **本****支** | **店** | **口座番号** |  |  |
| **フリガナ** |  | **預金口座** | **普通・当座** |
| **預金名義人** |  |
| ※決定金額 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 円 |
| ※印の欄は記載しないでください。※口座振替通知書は送付しませんので、通帳記帳にてご確認ください。支払は、請求された月の翌月最終週金曜日を予定しております。 |  |
| <添付する関係書類>・自家用車燃料使用について確認できる証拠書類・各手帳または各医療受給者証<お問い合わせ先>大垣市　障がい福祉課　障がい福祉グループ直通：47-7298　　FAX：81-5500 |  |
| ※登録番号 |
| ※確認欄 |
| 身 |  | 療 |  | 指 |  | 小 |  | 精 |  |