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 |  | | |