

収 受 印	入 力
	確 認

様式第4号

所沢市重度障害者等自動車ガソリン費補助金請求書

令和 年 月 日

(宛先)所沢市長

請求者 (障害者)	住 所 所沢市
	フリガナ 氏 名
	生年月日 大・昭・平・令 年 月 日
	電話番号 ()
	認定番号 —
	現在の状況 (必ずいずれかの□に✓してください) <input type="checkbox"/> 自宅で生活している <input type="checkbox"/> 施設に入所している (年 月 日から 施設名:) <input type="checkbox"/> 入院している (年 月 日から)

所沢市重度障害者等自動車ガソリン費補助要綱第9条の規定により、次のとおり請求します。

対 象 月	請 求 金 額
年 月 分	円
年 月 分	円
年 月 分	円
合 計	円

記入上の注意

- 1 請求者の欄には、障害者本人の住所、氏名を記入してください。
- 2 対象月に給油したことがわかるガソリン費の領収書を裏面に添付してください。
- 3 請求金額の合計 (太枠)を訂正した請求書は受付できません。
- 4 施設入所、3か月を超えた長期入院をされている方は補助金の対象外となりますので、障害福祉課までご連絡ください。