

滑川町重度心身障害者自動車燃料費助成金請求書

年 月 日

(宛先)

滑川町長

対象者 住 所
氏 名

印

滑川町重度心身障害者自動車燃料費助成要綱第6条の規定により下記のとおり 年 月分
を請求します。

記

請求額 円

使用量 (A)	限度量 (B)	認定量 (C) (A又はBの少ない量)	支払額 (C×50円)	備考
リットル	30リットル	リットル	円	
確認年月日	年 月 日	確認者氏名		印

※領収書は裏面に添付してください。