

[記入例]

一般旅客運送事業者も、請求書の書式や記載方法はこの記入例と同様です。

重度障害者福祉タクシー利用券 請求書

(あて先)

公益財団法人 川崎市身体障害者協会 理事長

川崎市宛の届出と同一の名義でお願いします。必ず押印願います。

請求年月日 令和 年 月 日
事業所・法人名

印

所在地 〒 -

請求に関する問い合わせ先をご記入下さい。

連絡先

四半期ごと。第一(4月～6月) 第二(7月～9月)…第三(10月～12月)第四(1月～3月)

第一四半期 (令和〇〇年 4月～〇〇年 6月3か月分)

利用人数：同一人物であれば、同一月に複数回(枚)利用しても、人数は1人と数えます。

月	利用人数 (人)	請求枚数 (枚) <small>(各月のタクシー券の枚数)</small>	金額 (円)
4	0	0	0
5	11	55	27,500
6	13	65	32,500
合計	24	120	60,000

3か月分の合計

(※内訳書の添付：有 ・ 無)

どちらかに○をして下さい

※ 注意事項

4半期ごとに福祉タクシー利用券を取りまとめ、締め月の翌月5日までに提出してください。

提出先

公益財団法人 川崎市身体障害者協会
〒210-0834 川崎市川崎区大島1-8-6
電話 044-244-3975

利用券No.の上5桁は、原則、利用者ごとに割り当てられます。従いまして、同一番号の券が複数枚ある場合、利用人数は1人となります。異なる番号の種類の数、利用人数となります。(各月ごと)

助成額欄：実助成額を上限額(500円)に○印をするか、限度額に満たない場合は、その金額を記入して下さい。

川崎市福祉タクシー利用券 No. *****-01

手帳番号	※本券を使用する前に必ず手帳番号を記入してください。 川崎市第 *****号 (必ず確認願います)				
乗車年月日	令和〇年△月□日	車番	御記入願います。	助成額	500円
タクシー名	*必ず御記入下さい				450円
● 有効期間 令和〇年4月1日～令和◎年3月31日					

御利用になる方へ (以下、省略)

事業所・法人名を御記入下さい(略称可)