様式第５号（第１３条関係）

　　年　　月　　日

大崎市高齢者タクシー利用助成事業助成金請求書

大崎市長　　様

請求者　所 在 地

事業者名

代 表 者　　　　　　　　　　　印

大崎市高齢者タクシー利用助成事業に係る助成金を，下記のとおり請求します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 請求金額 |  円 |
| 利用月 | 年　　月分 |
| 内 訳 | 助成額６００円　　　× 　 枚 |
| 支 払 先 | 金融機関名 |  |
| 預金種別 |  |
| 口座番号 |  |
| 口座名義人 |  |

※ 使用済の利用助成券を添付してください。