

(様式第1号)

介護タクシー利用補助金交付申請書

令和 年 月 日

高森町長様

印

下記のとおり介護タクシーを利用したので申請します。

記

利用者	住所	高森町	生年月日	明大昭 年 月 日 (歳)
	氏名		性別	男・女
利用の区分	<input type="checkbox"/> 車椅子利用者 <input type="checkbox"/> 要介護 4・5 <input type="checkbox"/> その他 ()			
利用日	利用の種類	利用の理由	かかった費用	町補助金額 (1/2)
月 日	片道□往復	通院・入院・退院・施設送迎	円	円
月 日	片道□往復	通院・入院・退院・施設送迎	円	円
月 日	片道□往復	通院・入院・退院・施設送迎	円	円
月 日	片道□往復	通院・入院・退院・施設送迎	円	円
月 日	片道□往復	通院・入院・退院・施設送迎	円	円
月 日	片道□往復	通院・入院・退院・施設送迎	円	円

- ① 太い枠線の中のみを記入して下さい。請求書がありますので、そちらにも記入して下さい。
- ② 領収書を必ず添付して下さい。(写しを添付される場合は、窓口まで原本をお持ちください)
- ③ かかった費用の半額を補助致します。(但し、1回(片道)の補助限度額は5,000円まで)
- ④ 翌月20日までに、役場健康福祉課・高齢者係まで提出して下さい。(年度を過ぎる場合は支給されないことがあります。)

請求書

金 円

介護タクシー利用補助金として、上記金額を請求します。

令和 年 月 日

高森町長様

(住所) 高森町

(氏名)

印

金融機関		預金種別	口座番号				
<input type="checkbox"/> みなみ信州農協 <input type="checkbox"/> 八十二銀行 <input type="checkbox"/> 飯田信用金庫 <input type="checkbox"/> ゆうちょ銀行 <input type="checkbox"/>	支所 支店 本店	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他					
フリガナ							
口座名義人							