

様式第 3 号 (第 6 条関係)

越生町重度心身障害者自動車等燃料費補助金請求書

年 月 日

越生町長 様

住所
氏名
認定番号 第 号

越生町重度心身障害者自動車等燃料費補助要綱第 6 条の規定により下記のとおり
年 月分を請求いたします。

記

請求額 円

使用目的	1 通学 2 通勤 3 通院 4 その他 (その他の目的を下記へ記入して下さい。)			
具体的目的				
使用量 A	限度量 B	認定量 C (A・Bのう ち少ない方)	請求額 (C×60円)	備考
リットル	自動車 40リットル バイク 7リットル	リットル	円	

- (注) 1 使用目的の欄及び限度量は、該当を○で囲み、領収書は裏面に添付してください。
- 2 翌月 10 日までに請求されないと、補助金の支払いはできません。
- 3 障害者本人が入院中の給付は補助対象になりません。(本人が入院している期間中の給油は補助されません。)
- 4 補助金を不正に受けたときは、返還していただきます。

町処理欄

確認年月日	年 月 日	確認者氏名	印
-------	-------	-------	---