

# 記入例

収 受 印	入 力
	確 認

様式第4号

## 所沢市重度障害者等自動車ガソリン費補助金請求書

令和 **X**年 **XX**月 **XX**日

(宛先)所沢市長

請求者の欄には、  
**障害者本人の住所、氏名**を記入  
してください

請求者 (障害者)	住 所 所沢市 <b>並木1-1234</b>
	フリガナ <b>トコザワ タロウ</b>
	氏 名 <b>所沢 太郎</b>
	電話番号 <b>090 ( 29XX ) 00XX</b>
	認定番号 <b>Ⅱ - 69XX</b>
現在の状況 (必ずいずれかの□に✓してください)	
<input checked="" type="checkbox"/> 自宅で生活している	
<input type="checkbox"/> 施設に入所している ( 年 月 日から 施設名: )	
<input type="checkbox"/> 入院している ( 年 月 日から )	

内容に不備がある場合にご連絡  
しますので、手続きされている方の  
**日中連絡先**を記入してください

認定番号は  
**認定証**で  
確認できます

現在の状況について、  
**必ず3つのうちのいずれかに  
チェック**をしてください

所沢市重度障害者等自動車ガソリン費補助要綱第9条の規定により、次のとおり請求します。

対 象 月	請 求 金 額
令和 3 年 7 月 分	<b>1.500</b> 円
令和 3 年 8 月 分	<b>1.500</b> 円
令和 3 年 9 月 分	<b>1.350*</b> 円
合 計	<b>4.350</b> 円

領収書の金額が月の  
上限額を超えている  
ときは上限額

※領収書の金額が  
月の上限額に満たない  
ときは領収書の金額

合計欄の**修正**  
はできません

### 記入上の注意

- 請求者の欄には、障害者本人の住所、氏名を記入してください。
- 対象月に給油したことがわかるガソリン費の領収書を裏面に添付してください。
- 請求金額の合計(太枠)を訂正した請求書は受付できません。
- 施設入所、3か月を超えた長期入院をされている方は補助金の対象外となりますので、障害福祉課までご連絡ください。