

様式第4号（第7条関係）

令和 年 月 日

加須市長 様

住 所 加須市

フリガナ

受給者 氏 名 ⑩

電 話 ー ー

(認定番号)

身体障害者等自動車燃料費助成請求書

加須市身体障害者等自動車燃料費助成事業実施要綱第7条の規定により、次のとおり請求します。

令和 年 月分

請 求 額 円

(内訳 使用量 リットル)

審 査 欄

使 用 量 A	限度額 (20 ^{リットル}) B	認 定 量 A又はBの少ない量C	支 払 額
	20		
確 認 月 日	令和 年 月 日	確認印	

※ 請求するときは、領収書と認定書を必ず提出してください。