福祉タクシー料金助成事業にかかる請求書

**令和**年　　月**３１**日

必ず代表者名印をお願いします。

認印でも可

請求日は月末

上尾市長　　　　　　　　　様

請求者住所

請求者会社名

代表者氏名　　　　　　　　氏名

電話番号

**令和**年月分～　　月分福祉タクシー料金助成事業にかかる費用を下記のとおり請求します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 単価 | 枚数 | 請　　求　　額 | |
| 料金  助成 | 普通 | **500**  円 | **10**  　枚 | 料金助成額計 | **5000**  円 |
| 手数料 | | **100**円 | **10**  枚 |  | **1000**  円 |
| 計 | | | | | **6000**  円 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 下記の預金口座に振り替えてください。  上尾市福祉タクシー事業口座登録申請書の口座を記入してください。 | | |
| フリガナ |  | |
| 口座名義 |  | |
| 銀行  信用金庫　　　　　　支店 | | |
| 普通No | | 当座No |

**※こちらの請求書は、使用されたタクシー券を添付していただき、**

**翌月の１０日までに上尾市へ請求してください。**