

府中市心身障害者自動車ガソリン等費用助成請求書・口座振替依頼書

認定番号									
請求額									
内 訳	7月	L	10月	L	1月	L	4月	L	
	8月	L	11月	L	2月	L	5月	L	
合計	L	9月	L	12月	L	3月	L	6月	L
振込金融機関									
振込口座	預金口座								
	口座番号								
	カナ名義人								

府中市心身障害者自動車ガソリン等費用助成事業実施要綱第7の規定により、助成金を振込むよう請求します。なお、振込先に口座振込の方法で処理されたときは、同時に府中市から請求金の弁済は受けたものとします。

(印)

年 月 日

府 中 市 長

住 所		
電話番号		
フリガナ 氏 名 (対象者)		

(印)

※ 太線のなかだけお書きください。