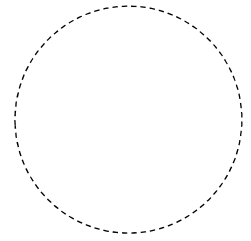


受給者番号			
-------	--	--	--



小平市心身障害者ガソリン費補助金請求書

左記の金額を請求します。

令和 年 月 日

小 平 市 長 殿

住 所 小平市

相続人代表者氏名

印

電話

下記の口座に振り込みしてください。

金融機関名 口座番号	銀行 信用金庫 組合			店		口座番号					
預金種別	1 普通	(フリガナ)									
	2 当座	口座名義									

(実際に使用した量を記入してください。)

A	月	B	月	C	月
ℓ		ℓ		ℓ	

※ 下記の欄は記入しないでください。（月 500 が限度です。）

ガ ソ リ ン	A	ℓ	B	ℓ	C	ℓ
	$\ell \times \text{税 額 相 当 分} =$					