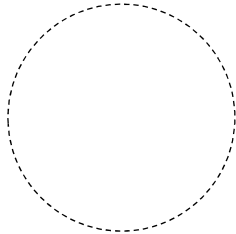


受給者番号	0	0	0	0
-------	---	---	---	---



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 00 年 00 月 00 日

小 平 市 長 殿

住 所 小平市 小川町2丁目1333番地

相続人代表者氏名 小平 花子 (印)

電 話 012-3456-7890

下記の口座に振り込みしてください。

金融機関名	小平	銀行	本店	口座番号						
口座番号		信用金庫		0	0	0	0	0	0	0
預金種別	1 普通	(フリガナ)	コダイラ ハナコ							
	2 当座	口座名義	小平 花子							

(実際に使用した量を記入してください。)

A	00 月	B	00 月	C	00 月
	00 ℓ		00 ℓ		00 ℓ

※ 下記の欄は記入しないでください。(月50ℓが限度です。)

ガ ソ リ ン	A	ℓ	B	ℓ	C	ℓ
	ℓ × 税 額 相 当 分 =					