

様式第4

東大阪市重度障害者リフト付福祉タクシー利用料金市負担分請求書

令和 年 月 日

(あて先) 東大阪市長

所在地

事業所名

代表者

印

東大阪市重度障害者リフト付福祉タクシー利用料金市負担分について、下記のとおり、請求いたします。

記

請求額 金 円

(内訳 @660× 件)

なお、振込みは次の口座をお願いします。

金融機関	銀行・信金 信組・農協	支店
預金種別	普通預金	当座預金
口座番号		
フリカナ		
口座名義		