様式第５

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

　　年　　月　　日

（宛先）東大阪市長

所在地

事業所名

代表者

　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、振込みは次の口座にお願いします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |  | |