

整理番号

自動車燃料費 助成金請求書

令和 年 月 日

江東区長 殿

住 所

氏 名

印

下記のとおり江東区心身障害者自動車燃料費助成金を請求します。

記

捨
印

請求金額 _____ 円

(請求内訳)

	購入額	助成額
<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月分	円	円
<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月分	円	円
<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月分	円	円
<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月分	円	円
<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月分	円	円
<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月分	円	円

助成金の額 合計 _____ 円

※助成額は、1月 3,650 円が限度です。