様式第4号(第8条関係)

状 況 報 告 書

稲城市長 殿

住 所	
フリガナ	
氏 名	
生年月日	
電話番号	

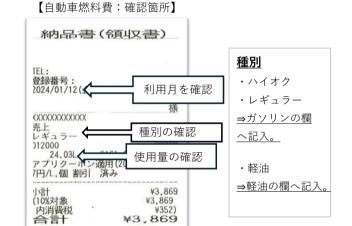
年 月 日

稲城市心身障害者(児)自動車燃料費・タクシー料金給付事業実施要綱に基づく給付金の支給を受けたいので、支出を証する書類を添えて、下記のとおり報告します。

1 自動車燃料費

状況報告期間			種	別	使用量		
	年		月分	ガソ	リン		Q
	+		ЛЛ	軽	油		Q
	年		月分	ガソ	リン		Q
	77	ЛЛ	軽	油		Q	
	年		月分	ガソ	リン		Q
	中	ЛЛ	軽	油		Q	
	年		月分	ガソ	リン		Q
	+			軽	油		Q
,	合	計		ガソ	リン	0	円
		μΙ		軽	油	0	円

記



▲画像はイメージです。実際と異なる場合があります。

2 タクシー料金

状況報告期間			種	削	利用料金	È
	年	月分	タクシ	1		円
	年	月分	タクシ	-		円
	年	月分	タクシ	1		円
	年	月分	タクシ	1		円
合 計					0	円

【タクシー料金:注意事項】

※以下の料金は対象外となりますのでご注意ください。 予約料金、有料道路通行料金、介助料金、稲城市社会福祉 協議会のハンディキャブ利用料

※障害者手帳による割引(1割引)が適用されたものとなっているかご確認ください。

支払額総合計(円)	0
-----------	---

3 使用又は利用内容(該当期間内の主な使用・利用内容を記入してください)

例) 通院のため、買い物のため等

4 この報告書とあわせて、領収書の原本をご提出ください。 ※メールによる提出の場合は、領収書の画像をメールに添付の上、原本はご自宅で5年間保管してください。

月単位で給付の種別(自動車燃料費/タクシー料金)を変更できますが、同一月内での混合はできません(例:4月自動車燃料費、5月タクシー料金は可。4月の中で自動車燃料費+タクシー料金の混合は不可)。