

色のついた箇所のみご記入ください。

様式第4号（第8条関係）

状 況 報 告 書

年 月 日

稲城市長 殿

住 所	
フリガナ	
氏 名	
生年月日	
電話番号	

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。

記

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		ℓ
				軽 油		ℓ
	年		月分	ガソリン		ℓ
				軽 油		ℓ
	年		月分	ガソリン		ℓ
				軽 油		ℓ
	年		月分	ガソリン		ℓ
				軽 油		ℓ
	年		月分	ガソリン		ℓ
				軽 油		ℓ
合 計				ガソリン	0	円
				軽 油	0	円

【自動車燃料費：確認箇所】

	種別 ・ハイオク ・レギュラー ⇒ガソリンの欄へ記入。 ・軽油 ⇒軽油の欄へ記入。
--	---

▲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 別	利用料金
	年	月分		タクシー	円
	年	月分		タクシー	円
	年	月分		タクシー	円
	年	月分		タクシー	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ップ利用料

※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）。