

平成××年××月××日

川島町長 飯島和夫様

申請者 住所 川島町大字平沼1175
(受給者) 氏名 川島 たろう 印
電話番号(049-297-1811)

川島町重度心身障害者自動車等燃料費等助成金請求書

川島町重度心身障害者自動車等燃料費助成要綱第6条の規定により下記のとおり平成××年××~××月分を請求いたします。

記

請求額 2,600 円

使用額 A	限度額 B	認定額 C (A,及びBの少ない額)	支払額	備考
円 ××月-2,000 △△月-1,500	円 1,300	円 1,300	円 2,600	
確認	平成 年 月 日	確認者	印	

【領収書はここに添付して下さい。】



自動車等燃料費助成について

重度の障害を持つ方々の日常生活上の利便のために自ら運転する自動車燃料費の一部を助成するものです。

対象者：身体障害者手帳 1 級・2 級（本人が運転のみ）
療育手帖 (A) A（介護者の運転でよい）

手続きに必要なもの：
・印鑑
・身体障害者手帳または療育手帖
・運転免許証
・金融機関（口座番号・名義人）

サービス内容：毎月上限額 1,300 円まで助成いたします。

請求方法： 同月に 1,300 円以上の給油した領収書（レシート）を請求書に添付していただき、健康福祉課窓口へ提出します。

お振込み：ご本人様の口座に振り込みます。

※同月の金額が 1,300 円に満たない場合は、領収書の金額のお支払となります。

★福祉タクシー利用券とは併用できませんので、どちらかお選びいただくことができます。

★途中からの変更もできますので、健康福祉課へお問合せください。

お問合せ：川島町健康福祉課
TEL：049-299-1756
FAX：049-297-6087