

状 況 報 告 書

年 月 日

稲城市長 殿

住所		
刀がナ	生年月日	
氏名	T・S・H 年 月 日	

(本人の署名又は記名押印してください。)

(※認定番号)

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

※の欄には記入しないでください。

状況報告期間	種 別	使用量
年 月分	ガソリン	リットル
	軽 油	リットル
年 月分	ガソリン	リットル
	軽 油	リットル
年 月分	ガソリン	リットル
	軽 油	リットル
年 月分	ガソリン	リットル
	軽 油	リットル
合 計	ガソリン	リットル
	軽 油	リットル

※ 認定量	※ 算定額	※ 支払額
リットル	円	円
リットル	円	円
リットル	円	円
リットル	円	円
リットル	円	円
リットル	円	円
※ 支払額合計 ①		円

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		円

※ 認定量	※ 支払額	
円	円	
円	円	
円	円	
円	円	
※ 支払額合計 ②		円

※ 支払額総合計 ①+②	円
-----------------	---

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。)

收受印

※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、同一月内での変更はできません。

※領収書等は、様式第4号の2に添付してください。