

様式第6号（第9条関係）

年 月 日

坂 出 市 長 殿

事業所 所在地

名称および

代表者氏名

印

坂出市障がい者福祉タクシー助成券代金請求書

次のとおり、坂出市障がい者福祉タクシー助成券の代金を請求します。

金 額	千	百	十	万	千	百	十	円

(アラビア数字で記載し、頭書に¥の記号を付し、訂正しないでください。)

坂出市障がい者福祉タクシー助成券 _____枚

※添付書類：使用済みの坂出市障がい者福祉タクシー助成券