様式第6号(第13条関係)

御所市福祉タクシー利用料金請求書

年　　月　　日

（宛先）御所市長

所在地

事業所名

代表者名　　　　　　　　　　印

電話番号

　御所市重度心身障害者・児福祉タクシー実施要綱第13条第1項の規定により、利用券を添えて請求します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用月 | 年　　　　月 | | | |
| 請求金額 | 円 | | | |
| 同上明細 | 区分 | 基本料金相当額※ | 件　数 | 金額 |
| 普通車 | 円 |  | 円 |
| その他 | 円 |  | 円 |
| 利用券枚数 | 枚 | | | |

　振込先

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 支店名 | 口座種類 | 口座番号 |
|  | 支店 | 普通・当座 |  |

※基本料金相当額は、協力機関が国土交通省近畿運輸局に認可を受けた初乗運賃の金額とし、同運輸局が定める奈良県地区の自動認可運賃のうち距離制運賃の初乗運賃の上限運賃の額を上限とします。