

(様式1)

平成 年 月 日

山梨県知事 殿

車輜ナンバー		
請 求 者	障 害 者	住 所
		氏 名
	☎ () —	印
	生 計	住 所
同一者	氏 名	印

山梨県心身障害者自動車燃料費助成金請求書

金 円

内 訳

期間内の 燃料消費量 ガソリン・軽油 A	期間内の自動車 税等の減免を受 けた月数等 B	助 成 対 象 限 度 量 (B × 50%) C	助成対象量 (AとCを比較し 少ない方の量) D	請求金額 (D × 40円 又は D × 18円) E
リットル	月～ 月 計 ヶ月	リットル	リットル	円

支 払 方 法		1 直 払		② 口 座 振 替	
銀 行 名	銀行	種 別	当座・普通	名	住所
	信用金庫				No.
	信用組合	番号	義	氏名	
	農協				
	本店				
	支店・支所				

※上記について平成 年 月 日審査し、正確であることを確認しました。

平成 年 月 日 職 氏 名

印

1. 添付書類

請求者あての領収書及び購入量計算書、又は支払証明書（購入量、購入年月日、購入先の住所、氏名、印が明記されているもの。）

2. 持参するもの…身体障害者手帳、療育手帳、戦傷病者手帳のいずれか。自動車検査証・印鑑・預金通帳

3. 記入上の注意

・日付、太線枠内に必要事項を記入してください。

・「生計同一者」欄は、障害者に代わって生計同一者が運転している場合に記入、押印してください。