高齢者タクシー運賃助成事業請求書

金　　円也

年　　月の高齢者タクシー運賃助成事業について

利用券　　枚分を請求いたします。

太 子 町 長　　様

年　　月　　日

所在地
名　称
代表者
連絡先　　-　　-

【振込先】

金融機関名			
口座番号		預金種目	
フリガナ			
口座名義人			

発行責任者	氏名：	（連絡先：　　-　　-　　）
担　当　者	氏名：	（連絡先：　　-　　-　　）