

(様式1)

令和 年 月 日

山梨県知事 殿

普通車・軽 身体・療育

車両ナンバー：山梨

障害者に代わって  
生計同一者が  
運転する場合に記入

請求者	本人	住所
		フリガナ 氏名 印 電話 ( ) -
	生計同一者	住所
		フリガナ 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 ケ月	リットル	リットル	円

支払方法		口座振替		
金融機関	銀行 信用金庫 信用組合 農協	種別	当座・普通	名 義
	本店 支店・支所	番号		
				住所 フリガナ 氏名

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

- ・「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、押印する。
- ・E欄は、ガソリン使用者については40円、軽油使用者については18円を乗じた金額を記入する。

※保健福祉事務所記入欄

上記について 令和 年 月 日審査し、正確であることを確認しました。

令和 年 月 日 職 氏名 印

確認 << 手帳・車検証・通帳 >> 書類 << 領収書・購入量計算書・支払証明書 >>