

当会で指定する貴事業所の番号  
をご記入ください。

NO

## 横浜市重度障害者福祉タクシー利用券 換金依頼書 兼 受領書

特定非営利活動法人  
横浜移動サービス協議会 御中

利用の月別に、依頼書は作成ください。

# R元年4月分

換金団体名  
又は 法人名

貴事業所名

FAX番号 又は  
メールアドレス

貴事業所 FAX番号

下記にご記入ください。

下記(右欄)は受領確認時に当会で記入します。

券面金額	数量	金額
¥500	10 枚	¥5,000
¥400	5 枚	¥2,000
¥321	1 枚	¥321

換金 数量	換金 決定額	記入漏 れ数量	過不足 数量	当会 確認欄

右側の欄は、当会記入用です

# 記 入 見 本

合計	16 枚	¥7,321
----	------	--------

--	--	--	--	--

- [横浜市健康福祉局：福祉タクシー利用券取扱時の留意事項抜粋]
- 有効期間以外での利用や買い取り等は認められません。
  - [手帳番号] が記載されていることを必ず確認してください。
  - (点字で番号の記載がある場合、本人の乗車を確認の上、手帳番号記入欄に、「手帳確認済」とご記入ください。)
  - [乗車年月日] [タクシー名] [車番] を必ずご記入ください。
  - 換金依頼書は、『月別』に作成してください。
  - 記入漏れがある場合は助成額をお支払い出来ない場合があります。

- [横浜移動サービス協議会からの依頼事項]
- 毎月5日までに当会到着分を10日に横浜市へ報告いたします。(到着が遅れた場合翌月処理となります。但し年度末は期日厳守)
  - タクシー券に記入漏れがある場合は、記入漏れタクシー券を返却いたします。返却郵送代金のご負担をお願いいたします。(助成金振込額から差引き又は引き取りを希望される場合は連絡をお願いします。)
  - 返却分については改めて換金依頼書の提出をお願いします。

(H29.05.11改定)

当会 使用 欄

上記のとおり受領いたしました。  
[記入漏れ数量]欄は換金金額に含まれません。

受領日

確認者

横浜移動サービス協議会

受領確認・入力