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

R　年　月分

換金団体名
又は 法人名

FAX番号 又は
メールアドレス

下記にご記入ください。

券面金額	数量	金額
¥500		
合計		

下記(右欄)は受領確認時に当会で記入します。

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

[横浜市健康福祉局からの福祉タクシー利用券取扱時の留意事項抜粋]
・有効期間外の利用や買い取り等は認められません。
・[手帳番号] [乗車年月日] [タクシー名] [車番] を必ずご記入ください。
・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。
・記入漏れがある場合は助成額をお支払い出来ない場合や翌月処理とすることがあります。
・換金依頼書は、『月別』に作成してください。

[横浜移動サービス協議会からの連絡事項]
・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に関して確認を行います。
※悪質な場合は送料貴方負担にて返却いたします。
※換金協定締結時に提出した書類内容に変更があった場合には、速やかにご連絡ください

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		

（H29.05.11改定）