

当会で指定する貴事業所の番号
をご記入ください。

NO

【改訂版】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

利用の月毎に、依頼書を作成ください。

R8年10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

←本書返信必要な場合は明記

下記へ金額毎にご記入ください。

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	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						
¥500	23 枚	¥11,500											
¥400	6 枚	¥2,400											
¥321	2 枚	¥642											
記入見本													
合計	31 枚	¥14,542											

【留 意 事 項】

- ・有効期間以外利用は認められません。
- ・[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。
- ※記入漏れのあるタクシー券は返却する場合があります。
- 返却郵送代金のご負担をお願いいたします。
- ・換金依頼書は、乗車月と同様の『月毎』に作成してください。
- ※毎月5日が当会締切です。
- 到着した内容を確認のうえ10日に横浜市へ提出します。
- 到着が遅れた場合翌月処理となります。
- 年度末は期日厳守いただかないと換金できなくなります。

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

(R8.10.1改定)