

助成券記入例

1回の乗車料金が、1,000円未満の場合は、その乗車料金で利用できますのでその金額を記入してください

R 8 年度

交付番号 1

玉城町高齢者及び重度身体障害者リフト付タクシー乗車料金助成券（見本）

助成額 1,000円 [円]

乗車年月日 年 月 日

通 院 時 の み 利 用 可

有効期間 年 月 日～ 年 月 日まで 玉城町長 印

※ 1,000円未満の金額に使用する場合は、[円]にその金額を記入し、乗務員へ渡してください。

乗務員の方へ

この助成券の提出があったときは、助成額を請求した乗車料金を利用者に請求してください。

1,000円未満の金額に使用する場合は、[円]にその乗車料金が記入してあることを確認し、つり銭は支払わないでください。

乗車料金	円（うち助成券利用枚数 枚）
利用区間	乗車年月日を必ず記入してください

助成券は、乗車年月日等を必ず記入をしてから、乗務員に渡してください。

1回の乗車料金が、1,000円以上の場合の端数には使用できません

お問い合わせ先 保健福祉課 地域共生室 TEL 58-7373