

# 助成券記入例

R 8 年度

交付番号 1

玉城町高齢者及び重度心身障害者タクシー料金助成券（見本）

助成額 600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 

※ 600 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、助成額をのこした乗車料金を利用者に請求してください。

600 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、600 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