

## 車椅子仕様車輛使用報告書

年 月 日

社会福祉法人

北名古屋市社会福祉協議会長 様

申請者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電 話 \_\_\_\_\_

代筆者氏名 \_\_\_\_\_

続柄 \_\_\_\_\_

運 転 手	氏 名			
車椅子使用者	氏 名			
使用期間	年 月 日	午前・午後	時 分	から
	年 月 日	午前・午後	時 分	まで
行 先 (市町村名)				
メーター	出発時	km	走行距離	km
	到着時	km		
走行距離による金額	走行距離	km × 10円 =	円	
使用者給油	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	給油量	ℓ	金額 円
差引精算金額	<input type="checkbox"/> 徴収 <input type="checkbox"/> 支払	円		
車輛点検	出発時	異常 あり・なし		
	到着時	異常 あり・なし		
備 考				

※給油をした場合は、本会に給油の領収書（コピー）を提出してください。

上記のとおり、相違ありません。

申請者氏名 \_\_\_\_\_