

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				
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 × 20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 _____