様式第５号（第９条関係）

請　　求　　書

　￥　　　　　　－

　平成　　年　　月　　日付けで給付額決定を受けた身体障害者自動車運転免許取得費給付金として上記のとおり請求します。

　平成　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　住　所　廿日市市

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　廿　日　市　市　長　　様

注　用紙の大きさは、日本工業規格Ａ列４番とする。