

還付金請求書

石垣市長 様

請求者 住所: 石垣市

氏名: _____ (印)

利用者との関係: 父 ・ 母 ・ 本人 ・ その他()

電話番号: _____

沖縄離島住民等交通コスト負担軽減事業に係る還付金を下記のとおり請求します。

令和 年 月 日

記

| | | | | | | | | | |
|---|------------------|-------------|--------------|---------------|-------------|--|--|--|--|
| 利用者 | 離島住民カードの番号 | 0 | 1 | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | |
| | 対象者区分(いずれかに○) | 1 離島住民(小児) | 2 離島住民(障がい者) | | | | | | |
| | 利用した航空路線(いずれかに○) | 1 石垣-那覇 | 2 石垣-宮古 | 3 石垣-与那国 | | | | | |
| | 利用年月日(搭乗年月日) | 行き 令和 年 月 日 | | | 帰り 令和 年 月 日 | | | | |
| 航空会社 運賃の種別 (運賃種別のいずれかに○をお願いします) | JTA | 1 離島割引(WKZ) | 2 小児普通(CHZ) | 3 障がい者割引(HFZ) | | | | | |
| | ANA | 1 アイきっぷ(NI) | 2 小児普通(CH) | 3 障がい者割引(HF) | | | | | |
| | RAC | 1 離島割引(WKZ) | 2 小児普通(CHZ) | 3 障がい者割引(HFZ) | | | | | |
| | SNA | 1 ソラ島割(NSS) | 2 小児普通(CH) | 3 障がい者割引(HF) | | | | | |
| 請求金額 | | 円 | | | | | | | |
| 添付書類(1~4までは必ず添付、5は障がい者として還付を受ける場合添付) | | | | | | | | | |
| 1 搭乗したことが確認できる書類(ご搭乗案内・運賃種別の記載がある搭乗証明書・搭乗券) | | | | | | | | | |
| 2 領収書(1で運賃種別が確認できない場合は、運賃種別の記載がある領収書) | | | | | | | | | |
| 3 口座名義人、口座番号、金融機関、支店などが確認できる通帳・キャッシュカードの写し | | | | | | | | | |
| 4 沖縄県離島住民割引運賃カードの写し | | | | | | | | | |
| 5 身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳、療育手帳 | | | | | | | | | |

下記の口座に振り替えてください。

| | |
|--------|-------|
| 金融機関名 | |
| 本支店名 | |
| 預金種別 | 普通・当座 |
| 口座番号 | |
| (フリガナ) | |
| 口座名義 | |

※口座名義人が請求者(窓口に来られた方)と異なる場合は、下の内容について委任が必要です。内容をご確認の上、記名・押印してください。

本還付金の受領については、左記の者を代理人として認め、本還付金全額の受領を委任したことを証します。

請求者氏名 _____ (印)

※請求できる期間は、利用した年度の翌年度4月1日までです。ご注意ください。