

武蔵野市自動車ガソリン費助成をご利用の皆様へ

◇ 自動車ガソリン費助成制度とは

認定を受けたご本人が自動車等を運転、またはご家族の自動車等に同乗して外出をする場合ガソリンまたは軽油の費用の一部を助成する制度です。

◇ 助成内容

使用したガソリン、または軽油 １リットルにつき55円、１ヶ月当たり65リットルまで助成します。

◇ 助成金の請求方法

使用したガソリンの領収書（リットル数、日付の記載されたもの）を、同封の「武蔵野市心身障害者ガソリン費助成請求書」（以下、請求書）に添付して、翌月１０日までに障害者福祉課に提出してください（郵送可）。請求内容によっては電話で確認することがあります。

* ② 請求が遅れますと助成できない場合がありますので、ご注意ください。

* 今回お送りした請求書（１２枚）は 令和８年９月分～令和９年８月分までです。

◇ 請求書の書き方

裏面の記入例を参考にしてください。※認定番号の記載にご注意ください。認定通知書（又は、更新封筒の宛名右下）に記載されている認定番号を記入してください。

★ご注意★

次期（令和９年９月～令和１０年８月）も継続更新を希望する場合は、申請手続きは不要です。

福祉タクシー券へ助成内容を切り替える場合は、更新前の令和９年８月３１日までに申請が必要です。

※有効期間途中の福祉タクシー券への変更は原則できませんが、同期間にガソリン費の助成請求をしていない場合に限り、変更申請月分から変更することは可能です。ご不明な点がございましたら、下記までご連絡ください。

《お問い合わせ先》

武蔵野市健康福祉部障害者福祉課

〒180-8777 武蔵野市緑町2-2-28

TEL:0422-60-1904（直通） FAX:0422-51-9239

【受付時間】午前8:30～午後5:00

記入例

武蔵野市心身障害者

ガソリン費助成請求書

武蔵野市長 殿

印鑑を忘れずに
押してください。

認定通知書（又は、更新封筒の宛名右下）に記載されている認定番号を記入してください。手帳番号ではありません。

申請者 住所 武蔵野市 緑町2-2-28

氏 名 ○○ ○○○

（電話：0422-××-○○○○）

下記のとおり請求します。

日中連絡がとれる電話番号を記入してください。

障 害 者	フリガナ	○○○ ○○○	生 年 月 日	昭和 2 年 3 月 4 日生		
	氏 名	○○ ○○○				
	認定番号	第 0 1 2 3 号				
請 求	9 月 分 ガソリン代		添付領収書	枚		
	実際の使用量	3 0 . 0 0 リットル	実際の支払額	2 , 9 9 7 円		

領収書の日付と同じ月
を記入してください。

添付枚数を記入してください。

※太枠の中をご記入ください。

・1 か月分の合計使用量（リットル）と金額を記入してください。
・使用量は、小数点以下の数字も記入してください。

この欄は記入しないでください。

担当者所見

上記のとおり、ガソリン等を使用したので次のとおり助成する。

5 5 円×

リットル

助成金額

円

*ガソリンの領収書は原本をホチキス止めせずに請求書に添付してください。

最大65リットルまでです。ただし、領収書の返却はいたしません。

*請求書は月ごとに一枚の使用で、翌月の10日迄に領収書をまとめて請求してください。

*9月分を請求する場合は、日付の記載が9月の領収書を添付してください。