P.O. Box 937 • San Joaquin, California 93660

MONTHLY MILEAGE EXPENSE CLAIM

ddysss (# shock is to be mailed):							Finance Use Only			
ddress (if check is to be mailed):						- Pay Voucher #:				
ity: Zip:							Vendor #:			
Date	2			Destinatio	n & Purpose				Number of Mi	
							· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			
				·						
					- · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	···				
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			.							
				·		····	·			
	· ·			· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	7					
					· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		·		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
							• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •			
			···							
					.				·····	
				-		* *	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			
		······································			······································					
								***************************************	<u> </u>	
		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·								
		···								
I certify	certify that when, if any, mileage was incurred, I had automobile liability and property									
	lamage insurance coverage of not less than \$100,000/\$300,000 (P.L.) and \$25,000 (P.D.)									
 	Total Ar							nt Due	\$	
	Fund	Resource	Year	Goal	Function	Object	Site	Dep	ot.	
										
L.			. 	<u> </u>		<u> </u>	<u> </u>			
		Signature of Claim	ant				Approval of Busine	ess Manag	er	
			4.844							
	Supervisor/Director (Finance Use — Audi									