

様式第1号（第4条関係）

福祉タクシー利用券交付申請書

年 月 日

加東市長 様

申請者 住所

氏名

（対象者との続柄 ）

加東市福祉タクシー利用券の交付を受けたいので、加東市福祉タクシー事業実施要綱第4条（第5条第2項）の規定により申請します。なお、このたびの申請に際し必要があるときは、私の市町村民税課税状況を調査されることに同意します。

助成対象者	氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日
	住所	加東市		電話番号 ()		
	区分	障害	・身体障害者手帳(1・2級) 第 号 ・療育手帳A判定 第 号			
		高齢	・75歳以上の高齢者 ・精神障害者保健福祉手帳(1級) ・65歳以上の運転免許証返還者			

代理申請を行う場合

代理人	氏名	生年月日	性別	住所
		年 月 日	男・女	〒 電話番号 ()
上記の者を代理人と認め、福祉タクシー利用券交付の申請を委任します。なお、このたびの申請に際し必要があるときは、私の市町村民税課税状況を調査されることに同意します。				
助成対象者氏名				

以下の欄は、記入しないでください。

交付番号	老No.	身No.
対象者確認	<input type="checkbox"/> 住民税所得割非課税者 <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳1.2級 <input type="checkbox"/> 療育手帳A判定 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳1級 <input type="checkbox"/> 運転経歴証明書	
本人確認	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳等 <input type="checkbox"/> 運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> その他 ()	
代理人確認	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 身分証明書 <input type="checkbox"/> その他 ()	
確認者		備考 No.

入力済