

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。

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	障害者	・身体障害者手帳(1・2級) 第 号 ・療育手帳A判定 第 号			
		要介護認定者	・要介護認定(1以上) ・精神障害者保健福祉手帳(1級)			

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。				
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	要介護No.	障害No.
対象者確認	<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"/> 介護保険被保険者証(要介護1以上)	
本人確認	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 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"/> 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