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。

<table>
<tr><td rowspan="4">助　成
対象者</td><td>氏　名</td><td colspan="2"></td><td>性別</td><td>男・女</td><td>生年月日</td><td>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="6">加東市　　番地　　電話番号　　（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">区　分</td><td>障害</td><td colspan="4">・身体障害者手帳(1・2級)　　第　　号
・療育手帳A判定　　第　　号</td></tr>
<tr><td>高齢</td><td colspan="4">・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</td></tr>
</table>

代理申請を行う場合

<table>
<tr><td rowspan="2">代理人</td><td>氏名</td><td>生年月日</td><td>性別</td><td>住所</td></tr>
<tr><td></td><td>年　月　日</td><td>男・女</td><td>〒

電話番号　（　）</td></tr>
<tr><td colspan="5">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</td></tr>
</table>

以下の欄は、記入しないでください。

<table>
<tr><td>交付番号</td><td colspan="3">老No.　　身No.</td></tr>
<tr><td>対象者確認</td><td colspan="3">□住民税所得割非課税者　□在宅　□身体障害者手帳1.2級　□療育手帳A判定
□精神障害者保健福祉手帳1級　□運転経歴証明書</td></tr>
<tr><td>本人確認</td><td colspan="3">□健康保険証　□運転免許証　□身体障害者手帳等
□その他（　　）</td></tr>
<tr><td>代理人確認</td><td colspan="3">□健康保険証　□運転免許証　□身分証明書（　　）
□その他（　　）</td></tr>
<tr><td>確認者</td><td></td><td></td><td>備考
No.</td></tr>
</table>

□入力済