

福祉タクシー等料金助成券交付申請書

令和 年 月 日

(あて先) 東海市長

申請者 (本人) 住 所 東海市

電 話

氏 名

(対象者が18歳未満の場合は、保護者が申請のこと。)

福 祉 タ ク シ ー

下記のとおり、料金助成券の交付を申請します。

リフト付福祉タクシー

記

助成を受けた改造自動車 使用について		使用している (交付できません) ・ 使用していない			
対 象 者	区 分	心 身 障 害 者 ・ 要 介 護 高 齢 者 (65歳以上)			
	住 所	申請者と同じ・東海市			
	ふりがな 氏 名		生年月日	明大 昭平	年 月 日
身体障害者手帳		1 級 ・ 2 級 ・ 3 級 (視覚・下肢・体幹障害)			
療 育 手 帳		A判定 ・ B判定 ・ C判定			
精神障害者保健 福 祉 手 帳		1 級			
要 介 護 度 (65歳以上)		1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5			
助 成 券 交 付 決 定 伺			交 付 番 号	第 号	
課 長	主 幹	統括主任	係	受 付	交 付 年 月 日
					年 月 日
				受 領 者	氏名 (続柄 連絡先)
備考 <input type="checkbox"/> 自動車改造 <input type="checkbox"/> 重複発行 <input type="checkbox"/> 台帳					

注) 対象者の住所が、申請者と同じ場合は「申請者と同じ」に○を付け、異なる場合は記入してください。