

利用券番号

--

障害者福祉タクシー料金助成利用券交付申請書

令和 年 月 日

知立市長 様

申請者 住所 知立市

氏名

電話

下記のとおりですから、知立市障害者福祉タクシー料金助成利用券を交付してください。

記

障 害 者	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
	住 所	知立市		
	氏 名		電 話	
身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳又は療育手帳	番 号	<input type="checkbox"/> 愛知県 第 号 ()		
	身体障害者障害程度	精神障害者障害程度	知的障害者障害程度	
	1級・2級・3級	1級・2級	A判定・B判定	
自動車税の減免の状況	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無		※減免確認欄	
利用するタクシーの種別	<input type="checkbox"/> 距離制運賃によるタクシー <input type="checkbox"/> 福祉輸送サービスを行う福祉自動車等			
追加交付	<input type="checkbox"/> 有 [<input type="checkbox"/> 通院報告書 <input type="checkbox"/> 公的機関、医療機関発行の書類 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 必要な事由 ()] <input type="checkbox"/> 無			

※ 該当する□に✓をしてください。

今回申請しました「障害者福祉タクシー料金助成利用券」を受領しました。

(署名又は捺印)