

名取市福祉タクシー利用券等 交付申請書 (重度障がい者)

名取市長 あて

令和 年 月 日

なとりん号・なとりんくる共通回数券、イクスカチャージ券、福祉タクシー利用券、自家用自動車燃料費助成券の交付を受けたいので申請します。

福祉タクシー利用料等助成事業の所得制限有無の確認にあたり、私の属する世帯の市民税及び所得税の課税状況について、調査されることを承諾します。

申請者	住所	名取市		
	氏名			
	生年月日	(大・昭・平・令)	年	月 日
	電話番号	()		
所得制限	・名取市障害者医療費助成制度 <input type="checkbox"/> 助成を受けている 受給者番号 () <input type="checkbox"/> 助成を受けていない 理由 (生保・所得超過・登録希望しない・18歳未満) 所得確認 (可・否)			
代理人	住所	※本人がお越しの場合は記入不要です。		
	氏名	申請者との続柄 ()		
	電話番号	()		
対象区分	※該当する項目に○をつけて下さい。			
	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳所持者	1・2・3級	障害の部位 ()	手帳番号第 号
	<input type="checkbox"/> 療育手帳所持者	A		手帳番号第 号
<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳所持者	1級		手帳番号第 号	
・自動車税の減免の対象となる車が <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない 減免対象の自家用車ナンバー (- -)				
名取市福祉タクシー利用券等受領書 上記申請のとおり、タクシー利用券等を受領いたしました 令和 年 月 日 受領者 (本人・代理人) 氏名 _____ (本人が手書きしない場合は、記名押印してください。)				

← 該当する項目に○をつけて下さい。

(以下記入不要) 交付内容 福祉タクシー利用券等

<input type="checkbox"/> 身障 (透析)	<input type="checkbox"/> 共通回数券	3冊 × ___月/12月 = ___冊	NO. _____
<input type="checkbox"/> 身障	<input type="checkbox"/> イクスカチャージ券	3枚 × ___月/12月 = ___枚	NO. _____
<input type="checkbox"/> 療育	<input type="checkbox"/> 自動車燃料費助成券	24枚 × ___月/12月 = ___枚	NO. _____
<input type="checkbox"/> 精神	<input type="checkbox"/> タクシー券	48枚 × ___月/12月 = ___枚	NO. _____

台帳処理年月日	令和 年 月 日	確認印
---------	----------	-----