

名取市福祉タクシー利用券等交付申請書（重度障がい者・拡充）

名取市長 あて

☐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

☐自動車燃料費助成券

}

の交付を申請します。

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 ☐ 助成を受けている 受給者番号 () ☐ 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	※申請者と住所が同じ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	身体障害者手帳所持者 1・2級 障害の部位 (上肢・下肢・) 手帳番号第 号			
・自動車税の減免の対象となる車が ☐ ある ☐ ない 減免対象の自家用車ナンバー (宮城 - -)				
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 受領者氏名 (※) 受領者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☑をつけてください。

(以下記入不要) 交付内容 福祉タクシー利用券等

☐ 共通回数券	2冊× 月/12月＝ 冊	NO. _____
☐ イクスカチャージ券	2枚× 月/12月＝ 枚	NO. S - _____
☐ タクシー券	24枚× 月/12月＝ 枚	NO. _____
☐ 燃料費助成券	12枚× 月/12月＝ 枚	NO. _____

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