

様式第1号(第5条関係)

身体障害者等タクシー利用券・身体障害者自動車燃料費助成券交付申請書

令和 年 月 日

能代市長

様

申請者 住 所 能代市

氏 名

電話番号 ()

1 次のとおり、身体障害者等タクシー利用券の交付を申請します。

対象者氏名		生年月日	年 月 日(歳)	
障害者手帳の種類	身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳			
障害者手帳の番号	秋田県	第	号	手帳等級 級
身体障害者等タクシー利用券	番 号	第	号	枚 数 枚

2 次のとおり、身体障害者等タクシー利用券・身体障害者自動車燃料費助成券の交付を申請します。なお、市民税非課税世帯の認定のため、貴職が同一世帯全員の市民税課税状況を調査することに同意します。

同意者 住 所 能代市

氏 名

じん臓機能障害の有無	有 ・ 無	世帯の市民税課税状況	課税・非課税	
医療受給者証の確認	<input type="checkbox"/> 自立支援医療受給者証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養費受給者証			
通院医療機関名	病院・医院名()		通院回数	週 回
<input type="checkbox"/> 身体障害者等タクシー利用券 <input type="checkbox"/> 身体障害者自動車燃料費助成券			枚 数	枚
自動車の運転	<input type="checkbox"/> 障害者(本人)運転 <input type="checkbox"/> 家族運転 <input type="checkbox"/> その他()			
自動車の所有者	<input type="checkbox"/> 障害者(本人)所有 <input type="checkbox"/> 障害者家族所有 <input type="checkbox"/> その他()			

身体障害者等タクシー利用券・身体障害者自動車燃料費助成券交付伺い

課 長	参 事	係 長	担 当	起 案	令和	年	月	日
				決 裁	令和	年	月	日
				交 付	令和	年	月	日

上記のとおり申請があり、審査の結果必要と認められるので、身体障害者等タクシー利用券・身体障害者自動車燃料費助成券を交付してよろしいでしょうか。

身体障害者等タクシー利用券 身体障害者自動車燃料費助成券

利用券・助成券交付番号 第 号 交付枚数 枚