

名取市福祉タクシー利用券等 交付申請書（要介助障がい者分）

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	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳所持者	1・2・3・4・5・6級	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 | ○なとりんくる・なとりん号共通回数券 (1冊) | NO. |
| <input type="checkbox"/> 療育 | ○イクスカチャージ券 (1枚) | NO. |
| <input type="checkbox"/> 精神 | ○自動車燃料費助成券 (5枚) | NO. |
| | ○タクシー券 (5枚) | NO. |

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