

第1号様式

福祉タクシー(リフト付福祉タクシー)料金助成利用券交付申請書

令和 年 月 日

(あて先)
一宮市福祉事務所長

住所 一宮市
申請者
氏名

下記のとおり申請します。なお、世帯の市民税課税状況が交付の要件になっている場合は、私の世帯の税務資料について関係機関で調査することを承諾します。

受給資格者	住所	申請者に同じ									
	氏名	申請者に同じ	生年月日	年 月 日							
保護者	住所										
	氏名		生年月日	年 月 日	受給資格者との続柄						
申請事由	<table border="0"> <tr> <td>1 身体障害者手帳 1・2・3級</td> <td>4 85歳以上</td> </tr> <tr> <td>2 療育手帳 A・B</td> <td>5 被爆者健康手帳</td> </tr> <tr> <td>3 戦傷病者手帳 特・1・2・3・4・5項症</td> <td>6 精神障害者保健福祉手帳 1・2級</td> </tr> </table>					1 身体障害者手帳 1・2・3級	4 85歳以上	2 療育手帳 A・B	5 被爆者健康手帳	3 戦傷病者手帳 特・1・2・3・4・5項症	6 精神障害者保健福祉手帳 1・2級
1 身体障害者手帳 1・2・3級	4 85歳以上										
2 療育手帳 A・B	5 被爆者健康手帳										
3 戦傷病者手帳 特・1・2・3・4・5項症	6 精神障害者保健福祉手帳 1・2級										
備考(この欄は記入しないでください)											
<input type="checkbox"/> 生活保護世帯(2冊目) <input type="checkbox"/> 年度更新者 ・ <input type="checkbox"/> 新規交付者 <input type="checkbox"/> 市民税非課税・均等割世帯(2冊目)											
利用券交付決定伺		交付番号									
		受取人氏名 (受給資格者は省略可)	受給資格者との関係 ()								