

様式第1号(第4条関係)

年度つくば市障害者福祉タクシー利用券交付申請書

	受付年月日	受付番号
受給資格者住所		
受給資格者氏名		
生年月日・電話番号	年 月 日(歳)電話番号	
受給資格 (該当するものに を付けてください。)	1 身体障害者手帳所持 1・2・3・4 級(第 号) 人工透析通院の有無 (有 無) 2 療育手帳所持 ㉠・A・B (第 号) 3 精神障害者保健福祉手帳所持 1・2 級(第 号)	
上記のとおり障害者福祉タクシー利用券の交付を申請します。 年 月 日 申請者氏名 ㊥ つくば市長 宛て		

(注)1 必要事項を記入してください。

2 受給資格欄の1から3までについては,それぞれの手帳に記載されている等級及び交付番号を記入してください。

3 自動車税・軽自動車税の減免を受けている方,医療機関に入院中の方又は福祉施設に入所している方は,障害者福祉タクシー利用券の交付を受けることができません。

つくば市記入欄

受給資格の確認	自動車税・軽自動車税の減免の有無(有 ・ 無)
	現在の状況 [在宅中 ・ 入所中(施設又はGH名)] [入院中 ・ その他()]
確認者 ㊥	