

つくば市長 宛て

申請者氏名

## つくば市障害者タクシー運賃助成券交付申請書

年度の障害者タクシー運賃助成券の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

|           |                              |                                                                                                                                                                    |
|-----------|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対象者住所     |                              |                                                                                                                                                                    |
| 対象者氏名     |                              |                                                                                                                                                                    |
| 生年月日・電話番号 |                              | 年 月 日（ 歳）電話番号                                                                                                                                                      |
| 受給資格      | 障害者の方<br>（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）<br>※人工透析通院の有無（ 有 無 ）<br>2 療育手帳所持 ① ・ A ・ B（ 第 号）<br>3 精神障害者保健福祉手帳所持 1・2 級（ 第 号）                                                        |
|           | 該当する□に<br>レ印を付けて<br>ください。    | <input type="checkbox"/> 自動車税・軽自動車税の減免を受けていない。<br><input type="checkbox"/> 医療機関、施設等に入院・入所等していない。<br><input type="checkbox"/> 重度障害者 I C カード乗車券の利用に係る運賃助成の登録を受けていない。 |

- (注) 1 太枠内を記入してください。申請者と対象者が同一の場合は、対象者氏名の記載は不要です。  
 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 つくば市障害者のためのタクシー運賃の助成に関する要綱第 2 条第 2 項各号のいずれかに該当するときは、障害者タクシー運賃助成券の交付を受けることができません。  
 4 つくば市高齢者タクシー運賃助成要綱の規定によりつくば市高齢者タクシー運賃助成券の交付を受けた方は、1 の会計年度において障害者タクシー運賃助成券を 12 枚（人工透析を受けている方は、84 枚）まで交付を受けることができます。

## 同 意 書

障害者タクシー運賃の助成の決定に必要な範囲において、つくば市長が対象者に関する住民登録資料及び税務情報について各関係機関に調査し、照会し、又は閲覧することに同意します。

署名（対象者）\_\_\_\_\_

■ 対象者以外の方が申請する場合は、対象者が以下を御記入ください。

|                                   |       |
|-----------------------------------|-------|
| 委 任 状                             |       |
| 障害者タクシー運賃の助成に係る申請については、次の者に委任します。 |       |
| 受任者（氏名）                           | _____ |
| 受任者（住所）                           | _____ |
| 署名（対象者）                           |       |
| _____                             |       |

つくば市記入欄

|                                           |     |
|-------------------------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> 高齢者タクシー運賃助成券 交付済 | 担当者 |
| <input type="checkbox"/> 高齢者タクシー運賃助成券 未交付 | 入力者 |

つくば市記入欄

|        |                                                             |                                              |  |
|--------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|--|
| 受付年月日： |                                                             | 受付番号：                                        |  |
| 助成券の枚数 | <input type="checkbox"/> 36枚（高齢福祉課未交付）                      | <input type="checkbox"/> 108枚（人工透析・高齢福祉課未交付） |  |
|        | <input type="checkbox"/> 12枚（高齢福祉課交付済み）                     | <input type="checkbox"/> 84枚（人工透析・高齢福祉課交付済み） |  |
| 申請方法   | <input type="checkbox"/> 本人による窓口申請                          |                                              |  |
|        | <input type="checkbox"/> 本人による郵送その他の申請                      |                                              |  |
|        | <input type="checkbox"/> 代理人による窓口申請                         |                                              |  |
|        | <input type="checkbox"/> 代理人による郵送その他の申請                     |                                              |  |
| 交付方法   | <input type="checkbox"/> 窓口交付 <input type="checkbox"/> 郵送交付 |                                              |  |
| 担当者    |                                                             |                                              |  |