

明和町高齢者・重度心身障害者タクシー乗車券交付申請書

年 月 日

明和町長 様

下記のとおり、明和町高齢者・重度心身障害者タクシー乗車券の交付を申請します。

なお、私は、高齢者・重度心身障害者タクシー料金助成の資格要件の決定のために必要があるときは、私の町民税の課税状況、世帯の状況、障害者手帳等の取得状況を調査することに同意します。

(フリガナ) 氏 名		生 年 月 日	大正・昭和 平成・令和	年 月 日
住 所	明和町大字 (電話)			
該当する ところに チェック	<input type="checkbox"/> 私は自動車の減免を受けていません。 <input type="checkbox"/> 私は施設に入所していません。 <input type="checkbox"/> 私の世帯（同一住所、同一敷地内に居住する世帯を含む）は、町民税の非課税世帯です。			
		<input type="checkbox"/> 65歳未満	<input type="checkbox"/> 65歳以上 69歳以下のみの世帯（要件Aの方を含む）	<input type="checkbox"/> 70歳以上のみの世帯（要件Aの方を含む）
	<input type="checkbox"/> 次の障がいに該当する。 肢体不自由 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 視覚障がい <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 内部障がい <input type="checkbox"/> 1級 知的障がい <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B 精神障がい <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級	要件A (<input type="checkbox"/> 4枚/月)	要件B (<input type="checkbox"/> 4枚/月)	要件C (<input type="checkbox"/> 4枚/月)
	<input type="checkbox"/> 次の要件に該当する。 <input type="checkbox"/> 生活保護受給者 <input type="checkbox"/> 人工透析治療患者 <input type="checkbox"/> 要介護度4又は5		要件D (<input type="checkbox"/> 3枚/月)	要件E (<input type="checkbox"/> 4枚/月)
<input type="checkbox"/> 上記のいずれにも該当しない。			要件F (<input type="checkbox"/> 3枚/月)	

※ 処理欄（以下は記入しないでください。）

交付資格 有 ・ 無	交付年月日: 令和 年 月 日 / 交付番号 第 号 / 枚数 (枚)
	令和 年 月 日

上記により交付（却下）してよろしいか。

伺 い	課 長	係 長	係	起案者	確認者	作成者