

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

令和 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。

利用者 (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 ()		
基本要件	<input type="checkbox"/> 私は自動車の減免を受けていません。(等級にかかわらず、障害者手帳全体のコピーを添付してください。) <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。				
該当する 区分に <input checked="" type="checkbox"/> チェック をいれて ください。	区分	65歳未満	65歳以上 69歳以 下のみの世帯(要件 Aの方を含む)	70歳以上のみの世 帯(要件Aの方を含 む)	
	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"/> 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 × ヶ月)

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