様式第１号（第５条関係）

武豊町障がい者等タクシー料金助成券交付申請書

年　　月　　日

　　武　豊　町　長

住　　所

氏　　名

生年月日　　　　　　　　年　　　月　　　日

電話番号

次のとおり障害者等タクシー料金助成券を交付してくださるよう申請します。

また、助成券使用時の助成額を指定タクシーに支払うことに同意します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受　給資格者 | 住所 | 武豊町　字 |
| 氏名 |  |
| 保護者 | 住所 | 武豊町　字 |
| 氏名 |  |
| 申請種別 | 身体障害者手帳 | １・２級 | 身体障害者手帳番号 | 第　　　　　　　号 |
| 療　育　手　帳 | A・B | 療育手帳番号 | 第　　　　　　　号 |
| 精神保健福祉手帳 | １・２級 | 精神保健福祉手帳番号 | 第　　　　　　　号 |
| 要　介　護　認　定 | ３・４・５ | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| バス運賃無料証明書交付 | 有・無 |
| 自動車税減免 | 有・無 |
| 軽自動車税減免 | 有・無 |
| 備考 |  |

受領者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　続柄