

第1号様式（第3条関係） 太枠内を記入してください。

福祉タクシー等料金助成券交付申請書

年 月 日

大府市長 殿

(申請者) 郵便番号
住 所
氏 名
電話番号
対象者との関係

(18歳未満の場合は、保護者が申請すること。)

下記のとおり、福祉タクシー・リフト付福祉タクシーの料金助成券の交付を申請します。

記

対象者	住 所 電話番号	大府市 町 電話 ()		
	フリガナ 氏 名	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日	
身体障害者手帳	愛知県 第 号 級 (障害)			
療 育 手 帳	愛半田児・あいせい 第 号			
要 介 護 認 定	要介護3・要介護4・要介護5 被保険者番号 ()			
確 認 事 項	現在、在宅で過ごしており自動車税の減免を受けていません。 (□に☑を入れてください)			

受 付 年 月 日	年 月 日 (自動車税減免 有・無)
受 付 番 号	第 号
助成券交付年月日	年 月 日
助成券交付番号	第 号
介護保険認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日