

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・タクシー料金助成券交付申請書

年 月 日

大府市長 殿

(申請者) 住 所

氏 名

電話番号

対象者との関係

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

記

申請者に同じ場合は以下の住所・氏名欄の記入の必要はありません。

対象者	住 所	大府市 町		
		電話 ( )		
	フリガナ 氏 名		生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日
	申請事由 及び助成 希望タク シー (いずれかの □に☑を入れ てください)	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（1級・2級） <input type="checkbox"/> 療育手帳（A判定） <input type="checkbox"/> 要介護認定（要介護3・要介護4・要介護5） 被保険者番号（ ） 認定期間（ 年 月 日～ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 満年齢80歳以上		<input type="checkbox"/> 福祉タクシー <input type="checkbox"/> リフト付福祉タク シー <input type="checkbox"/> リフト付福祉タク シー <input type="checkbox"/> タクシー
確認事項 (□に☑を入れて ください)	<input type="checkbox"/> 現在、(軽)自動車税の減免を受けていません。 <input type="checkbox"/> 入院・入所中ではありません。 <input type="checkbox"/> 申請するタクシー以外の料金助成を受けていません。 <input type="checkbox"/> 家族や友人への譲渡等は不正行為となります。			

助成券交付年月日	年 月 日		
助成券交付番号	第 一 号		
手帳再判定時期	なし ・ あり ( 年 月 日)		
利用確認	申請するタクシー以外の料金助成を受けていないことを台帳で確認しました。		担当者