

※処理欄

利用券No.	～
利用券No.	～

在宅重度障がい者等福祉タクシー利用券交付申請書

令和 年 月 日

(申請先) 小田原市長

申請者
(窓口に来られた方)

住 所 小田原市

氏 名

対象者との続柄

電話番号 ()

次のとおり、福祉タクシー利用券の交付を申請します。

※対象者(障がい等をお持ちの方)について、太枠の中をご記入ください。

住 所 (申請者と異なる場合のみ記入)		小田原市	
電話番号 (申請者と異なる場合のみ記入)		()	
フリガナ		生 年 月 日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 (歳)
氏 名			
施設への入所	<input type="checkbox"/> していない。 <input type="checkbox"/> している。 (施設名等)	自動車税等の減免	<input type="checkbox"/> 減免の適用を受けていない。 <input type="checkbox"/> 自動車税の減免を受けている。 <input type="checkbox"/> 軽自動車税の減免を受けている。
病院等への入院	<input type="checkbox"/> していない。 <input type="checkbox"/> している。 (入院期間)	在宅高齢者等 福祉タクシー券	<input type="checkbox"/> もらっていない。 <input type="checkbox"/> もらっている。

※以下、市職員が記入します。手帳又は受給者証のコピーを取らせていただきます。

障害等の区分	身体障害	身体障害者手帳		障害部位	<input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚(単独2級は対象外) <input type="checkbox"/> 上肢(単独2級は対象外) <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 体幹 <input type="checkbox"/> 内部(その他) <input type="checkbox"/> 内部(腎1級)→月2枚追加交付
		交 付 者	神奈川県・()		
		交 付 番 号	第 号		
		交 付 年 月 日	昭・平・令 年 月 日		
	知的障害	療育手帳		障害程度	<input type="checkbox"/> A1(最重度) <input type="checkbox"/> A2(重度) <input type="checkbox"/> B1(中度)で身体障害者手帳3級 (上肢障害と聴覚障害は2級)
		交 付 者	神奈川県・()		
		交 付 年 月 日	昭・平・令 年 月 日		
	精神障害	精神障害者保健福祉手帳		障害程度	級(1級のみ対象)
		交 付 者	神奈川県・()		
		交 付 年 月 日	昭・平・令 年 月 日		
	特定疾患等	特定疾患医療受給者証・特定医療費(指定難病)医療受給者証			
		受給者番号			
	病 名				
病 名					
小児特定疾病	小児慢性特定疾病医療受給者証				
	受給者番号				
病 名					
	病 名				