

記入例

(関係)

※処理欄

利用券No. ~

利用券No. ~

申請日

在宅重度障がい者等福祉タクシー利用券交付申請書

窓口に来られた方または申請書を記入される方のお名前等を記入してください

和XX年XX月XX日

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 妻

電話番号 090 (××××) ××××

太枠内は、障害者の方のお名前等をご記入ください

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 checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 XX年XX月XX日 (XX 歳)
氏名	●● ●●		
施設への入所	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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。

※市職員が記入するもの、何も記入しない場合は 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・()		
		交付番号	第 号		
	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・()		
		交付番号	第 号		
	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			
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				