様式第1号(第3条関係)

障害者福祉タクシー利用料金助成申請書

下記のとおり、障がい者福祉タクシー利用券の交付を申請します。

(令和　　年度)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本人氏名 |  | 性　別 | 生年月日 | | 大正  昭和  平成  令和 | | 年　　月　　日 | | |
| 男・女 |
| 住所 | 〒　　　　－  魚沼市 | | | | | | | | |
| 区分 | 交付年月日 | 手帳番号 | | 障がいの等級又は程度  （該当する等級等を○で囲む） | | | | | |
| 身体障害者  手帳 | 年　 月　 日 | 第　　　　号 | | １級 | | ２級 | | | ３級 |
| 療育手帳 | 年　 月　 日 | 第　　　　号 | | Ａ | | | | Ｂ | |
| 精神障害者  保健福祉手帳 | 年　 月　 日 | 第　　　　号 | | １級 | | | | ２級 | |

※　申請の際は、身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳のいずれかをお持ちの上、窓口で提示してください。

　　 年　　 月　　 日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒　　　　－

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所　魚沼市

　　　　　　　　　　　　　（申請者）　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（本人との続柄：　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

魚 沼 市 長　様

※ 本人以外の住所地へ送付希望の場合は、宛先を御記入ください。

　　住　所　　〒　　　　－

　　宛　名

様式第1号(第3条関係)

交付を希望する

申請年度を記入

**記入例**

障害者福祉タクシー利用料金助成申請書

下記のとおり、障がい者福祉タクシー利用券の交付を申請します。

(令和　○○　年度)

お持ちの障害者手帳の内容を記入

（複数の手帳をお持ちの場合は、すべてについて）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本人氏名 | 魚沼　太郎 | 性　別 | 生年月日 | | 大正  昭和  平成  令和 | | ○○年○○月○○日 | | |
| 男・女 |
| 住所 | 〒９４６－８６０１  魚沼市　小出島９１０番地 | | | | | | | | |
| 区分 | 交付年月日 | 手帳番号 | | 障がいの等級又は程度  （該当する等級等を○で囲む） | | | | | |
| 身体障害者  手帳 | S○年○月○日 | 第001234号 | | １級 | | ２級 | | | ３級 |
| 療育手帳 | S○年○月○日 | 第 　123号 | | Ａ | | | | Ｂ | |
| 精神障害者  保健福祉手帳 | H○年○月○日 | 第60000号 | | １級 | | | | ２級 | |

（15225は記入しなくても可）

※　申請の際は、身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳のいずれかをお持ちの上、窓口で提示してください。

令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

申請者以外の住所地

（保護者、施設等）へ券の

送付を希望する場合は記入

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒９４６－８６０１

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所　魚沼市　小出島９１０番地

　　　　　　　　　　　　　（申請者）　氏　　名　　　魚沼　太郎

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（本人との続柄：　本人　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　０２５－７９２－９７６７

魚 沼 市 長　様

※ 本人以外の住所地へ送付希望の場合は、宛先を御記入ください。

　　住　所　　〒　　　　－

　　宛　名