

障害者タクシー利用券交付申請書

年 月 日

燕市長 様

（対象者）住所

氏名

電話番号

（申請者）住所

氏名

電話番号

対象者との続柄（同居・別居）

下記のとおり、タクシー利用料金の助成の対象者に該当しますので、障害者タクシー利用券を交付くださるよう申請します。

記

1. 所持障害者手帳名（該当手帳に○をつける。）

身体障害者手帳 ・ 療育手帳

2. 所持障害者手帳の番号及び障害名等

番 号 _____

障害名 _____

等 級（身体障害者手帳） _____

程 度（療育手帳） _____

事務処理欄 ※この欄は記入しないでください。	
交付番号 _____	受領印
交付枚数 24枚 ・ 12枚 (新規時複写：手帳 <input type="checkbox"/> 車検証 <input type="checkbox"/>)	
受付日： 月 日	受付者：

様式第2号（第6条関係）

障害者自動車燃料費助成券交付申請書

年 月 日

燕市長 様

（対象者）住所

氏名

電話番号

（申請者）住所

氏名

電話番号

対象者との続柄（同居・別居）

下記のとおり、自動車燃料費の助成の対象者に該当しますので、障害者自動車燃料費助成券を交付くださるよう申請します。

記

1. 所持障害者手帳名（該当手帳に○をつける。）

身体障害者手帳 ・ 療育手帳

2. 所持障害者手帳の番号及び障害名等

番 号 _____

障害名 _____

等 級（身体障害者手帳） _____

程 度（療育手帳） _____

3. 限定登録する自動車燃料費の助成対象となる自動車（1台とする。）

自動車登録番号（ナンバー） _____

4. 3の限定登録ができず、レンタカーを利用する場合の理由

事務処理欄 ※この欄は記入しないでください。	
交付番号 _____	受領印
交付枚数 24枚 ・ 12枚 (新規時複写：手帳 <input type="checkbox"/> 車検証 <input type="checkbox"/>)	
受付日： 月 日	
受付者：	