

様式第1号（第6条関係）

## 障害者タクシー利用券・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、タクシー利用料金・自動車燃料費の助成の対象者に該当しますので、利用券・助成券を交付くださるよう申請します。

また、障がいの等級などについて、市役所社会福祉課に確認を得ることに同意します。

## 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 \_\_\_\_\_

交付枚数 30枚・15枚・ 枚

(新規時複写 : 手帳 )

受領印

受付日 : 月 日

受付者 :