

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、この申請に関し、障がいの等級などの事項について、必要な調査をされ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) _____

3. 人工透析を受けるための通院の有無（腎臓機能障害の方）

有 ・ 無

事務処理欄 ※この欄は記入しないでください。	
交付番号 _____ (透) _____	受領印
交付枚数 30枚・15枚・ 枚 (透) 30枚・15枚 (新規時複写 : 手帳 <input type="checkbox"/> 透析確認書類 <input type="checkbox"/>)	
受付日 : 月 日	受付者 : _____