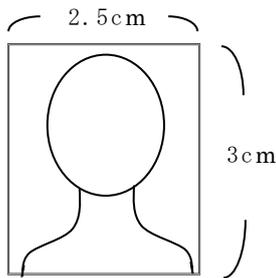


下諏訪町福祉タクシー等助成券交付申請書

下諏訪町長 様

年 月 日



※新規の方は、
写真はここに貼らず、
お持ちください。

申請者 (窓口に来た人)

住所 下諏訪町 番地

氏名

年度下諏訪町福祉タクシー等利用料金助成事業に係る福祉タクシー等助成券の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

なお、申請にあたり障害者のために使用するものとして地方税法 (昭和25年法律第226号) の規定による自動車税又は軽自動車税の減免は受けていません。

1. 希望するもの一つに○印を記入してください。 2. 減免の有無に○印を記入してください。

	タ ク シ ー 利 用
	循 環 バ ス 利 用
	公 衆 浴 場 利 用

自動車税減免	有 ・ 無
--------	-------

※「有」の場合は申請できません。

3. 利用者の情報を記入してください。

利 用 状 況	新 規 ・ 継 続
---------	-----------

利 用 者	住所	下諏訪町 番地	町名：	電話： -
	フリガナ		生 年 月 日	大正 昭和 平成 令和 年 月 日
	氏名			

4. 該当する番号に○をつけ、内容を記入してください。

対 象 者 の 範 囲	1 満79歳以上高齢者			
	2 要支援認定 (1・2) 期間： 年 月 日～ 年 月 日			
	3 (要支援認定者のみ) 独居高齢者台帳作成の有無 (有 ・ 無 ・ 分からない)			
	4 要介護認定 (1・2・3・4・5) 期間： 年 月 日～ 年 月 日			
	5 身体障害者手帳	都 道 第 号		1 級 ・ 2 級 A 1 ・ A 2 B 1
	6 精神障害者保健福祉手帳	府 県		
	7 療育手帳	年 月 日 交付		
	8 人工透析患者 身体障害者手帳 + 自立支援医療受給者証 又は 特定疾病療養受療証	都 道 第 号 府 県		1 級 ・ 3 級 4 級
		年 月 日 交付		
9 運転免許証自主返納者 (証明書確認 取消通知書 / 運転経歴証明書)				

※人工透析をされている方は、身体障害者手帳と受給者証か受療証どちらかをお持ちください。