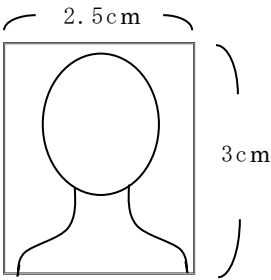


下諏訪町福祉タクシー等助成券交付申請書

下諏訪町長 様

年 月 日



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 2 5 年法律第 2 2 6 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	自動車税減免	有 ・ 無
	循 環 バ ス 利 用	※「有」の場合は申請できません。	
	公 衆 浴 場 利 用		

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： ー
	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 7 9 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 療育手帳	府 県			
	7 精神障害者保健福祉手帳	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		1 級 ・ 3 級 4 級	
		府 県			
		年 月 日 交付	1. 自立支援医療受給者証 2. 特定疾病療養受療証		
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。