

様式第2号（第5条関係）

大洗町障害者福祉タクシー利用券交付申請書

年 月 日

大洗町長 様

申請者住所

氏名
(対象者との続柄)

電話番号

大洗町障害者福祉タクシー利用券の交付を受けたいので、大洗町障害者福祉タクシー利用料金助成事業要綱第5条の規定により、申請します。

対 象 者	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ（生年月日のみ記入）			
	住所			
	氏名		生年月日	年 月 日
障害の種別及び等級等 (該当する箇所に記入)	身体障害者手帳	交付番号 第 号	等級 級	再認定 年 月
	療育手帳	交付番号 第 号	程度	次回判定年月 年 月
	精神障害者 保健福祉手帳	交付番号 第 号	等級 級	有効期限 年 月 日
当該年度における 自動車税等の 減免状況	自動車税（種別割）	<input type="checkbox"/> 減免有（予定有を含む。） <input type="checkbox"/> 減免無		
	軽自動車税（種別割）	<input type="checkbox"/> 減免有（予定有を含む。） <input type="checkbox"/> 減免無		

【添付するもの】

身体障害者手帳，療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳の写し