

申請年月日 年 月 日

（あて先）西尾市長

次のとおり心身障害者福祉タクシー料金助成利用券を申請します。

申請者	フリガナ	ニシオ タロウ		対象者との関係
	氏名	西尾 太郎		本人
	居住地	〒445-8501 西尾市寄住町下田2番地		電話 0563-65-2113
対象者	フリガナ			生年月日
	氏名	同上		T・S・H・R〇〇年〇月〇日 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">〇</span>
	居住地	〒 同上		電話
障害 程度	身体障害者手帳	療育手帳	精神障害者保健福祉手帳	
利用券送 付先	氏名（ <input checked="" type="checkbox"/> 対象者に同じ）	住所（ <input checked="" type="checkbox"/> 対象者に同じ）		対象者 との関係
		〒		本人

※週2回以上の通院をしている場合は、通院報告書（様式第3号）が必要です。

（市処理欄）

- 他市町村のチケットや高齢者タクシー利用券を持っている場合、他市町村、長寿課へ返却。
- 障害者手帳の有効期限内か（有効期限外の場合、手帳の更新後チケットの申請可）
- 自動車税の減免スタンプはないか。
- 減免スタンプがある又は消されている場合、メモ情報に減免廃止情報はるか（ない場合、自動車税担当に当年度の減免を受けていないか確認し、メモ情報に減免廃止について入力）

市処理欄

受 付 者	利用券番号	交付枚数	追加交付	<div style="border: 1px dashed black; border-radius: 50%; width: 80px; height: 80px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <span style="color: red; font-size: 1.2em;">受付印</span> </div>
受付者 氏名を記入	第 号	枚	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 追加分	