

様式第1号（第4条関係）

心身障害者福祉タクシー料金助成利用券交付申請書

申請年月日 令和 年 月 日

（宛先）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		対象者との関係	
	氏名			
	居住地	（□対象者に同じ） 〒 電話		
対象者	フリガナ		生年月日	
	氏名		T・S・H・R 年 月 日	
	居住地	〒 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（□対象者に同じ）	住所（□対象者に同じ）		対象者との関係
		〒		

※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あるか（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）

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: 100px; height: 100px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> 受付印 </div>
	第 号	枚	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 追加分	