

2022年度福祉タクシー利用券交付申請書

記入例

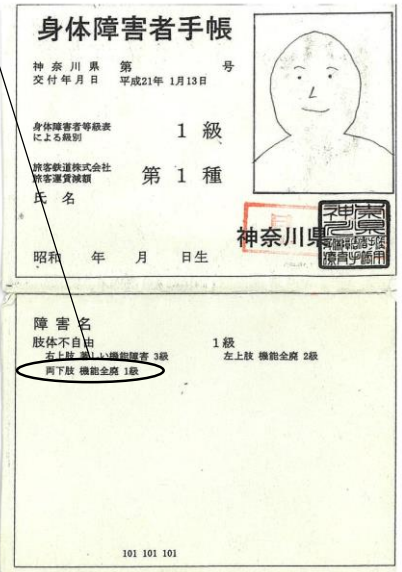
(宛先)茅ヶ崎市長

申請日	年	月	日
-----	---	---	---

茅ヶ崎市福祉タクシー利用券の交付を次のとおり申請します。

郵送申請時 同意確認	<p>私は、郵送での申請に際し、市が福祉タクシー利用券交付要件を確認するため、申請者の障害者手帳の情報を確認することに <input checked="" type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません</p> <p style="text-align: right;">障害者手帳の写し(開いた状態で両面をコピー)を添付してください ←</p>
---------------	---

申請者(使う人)	フリガナ	チガサキ タロウ	生年月日	大正 昭和 平成 令和 年 月 日													
	氏名	茅ヶ崎 太郎	電話番号	0467-00-0000													
	住所	〒253-0000 茅ヶ崎市0000 1-2-3	受領確認														
	障害者手帳の内容 (手帳内側の個別等級を確認)	<table border="1"> <tr> <td>じん臓機能障害</td> <td><input type="checkbox"/> 1級 / <input type="checkbox"/> 2級</td> </tr> <tr> <td>下肢障害</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 1級 / <input type="checkbox"/> 2級</td> </tr> <tr> <td>体幹機能障害</td> <td><input type="checkbox"/> 1級 / <input type="checkbox"/> 2級</td> </tr> <tr> <td>視覚障害</td> <td><input type="checkbox"/> 1級 / <input type="checkbox"/> 2級</td> </tr> <tr> <td>内部障害 (心臓、呼吸器、ぼうこう又は直腸、小腸、免疫、肝臓機能障害)</td> <td><input type="checkbox"/> 1級 / <input type="checkbox"/> 2級</td> </tr> <tr> <td>療育手帳</td> <td><input type="checkbox"/> 1級 / <input type="checkbox"/> 2級</td> </tr> <tr> <td>知能指数35以下</td> <td><input type="checkbox"/> 1級 / <input type="checkbox"/> 2級</td> </tr> </table>	じん臓機能障害	<input type="checkbox"/> 1級 / <input type="checkbox"/> 2級	下肢障害	<input checked="" type="checkbox"/> 1級 / <input type="checkbox"/> 2級	体幹機能障害	<input type="checkbox"/> 1級 / <input type="checkbox"/> 2級	視覚障害	<input type="checkbox"/> 1級 / <input type="checkbox"/> 2級	内部障害 (心臓、呼吸器、ぼうこう又は直腸、小腸、免疫、肝臓機能障害)	<input type="checkbox"/> 1級 / <input type="checkbox"/> 2級	療育手帳	<input type="checkbox"/> 1級 / <input type="checkbox"/> 2級	知能指数35以下	<input type="checkbox"/> 1級 / <input type="checkbox"/> 2級	個別等級
じん臓機能障害	<input type="checkbox"/> 1級 / <input type="checkbox"/> 2級																
下肢障害	<input checked="" type="checkbox"/> 1級 / <input type="checkbox"/> 2級																
体幹機能障害	<input type="checkbox"/> 1級 / <input type="checkbox"/> 2級																
視覚障害	<input type="checkbox"/> 1級 / <input type="checkbox"/> 2級																
内部障害 (心臓、呼吸器、ぼうこう又は直腸、小腸、免疫、肝臓機能障害)	<input type="checkbox"/> 1級 / <input type="checkbox"/> 2級																
療育手帳	<input type="checkbox"/> 1級 / <input type="checkbox"/> 2級																
知能指数35以下	<input type="checkbox"/> 1級 / <input type="checkbox"/> 2級																
施設入所の有無	申請日現在、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、障害児者入所施設 <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム / <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム /)																



※ あなたが代理人のときは、下の欄も記入してください。

代理人	フリガナ		電話番号	との関係 申請者
	氏名			
	住所	〒	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	

◆ 職員記入欄

利用券No.	(腎臓2冊目)

交付年月日