

2025 年度 福 祉 タクシー 利 用 券 交 付 申 請 書

(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

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 ☒ 同意します ☐ 同意しません

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

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 〇〇年 〇月 〇日	
	氏名	茅ヶ崎 太郎		電話 番号	0467-〇〇-〇〇〇〇	
	住所	〒 253-〇〇〇〇 茅ヶ崎市〇〇〇〇 1-2-3		受領 確認		
	(手帳内側の個別等級を確認)	じん臓機能障害	個別 等 級	☐ 1級 / ☐ 2級		
		下肢障害	☒ 1級 / ☐ 2級			
体幹機能障害		☐ 1級 / ☐ 2級				
視覚障害		☐ 1級 / ☐ 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)		☐ 1級 / ☐ 2級				
療育手帳		☐ A1 / ☐ A2				
知能指数35以下	☐					
施設入所の有無	申請日現在、特別養育 ☒ いいえ ☐ はい (☐ 特					

※ あなたが代理人のときは、下の欄も記入

代 理 人	フリガナ	
	氏名	
	住所	〒 ☐ 申請者と同じ

◆ 職員記入欄

利用券No.

身体障害者手帳

神奈川県 第123456号
交付年月日 令和元年4月1日
再交付年月日 令和3年11月1日
氏名 神奈川 太郎
生年月日 平成元年4月1日
住所 神奈川県福祉子ども市みらい町1234
県庁マンション1234
保護者氏名 神奈川 花子 続柄 母
住所 神奈川県福祉子ども市みらい町1234
県庁マンション1234
身体障害者等級表による等級 1 級
旅客鉄道株式会社旅客運賃減額 第1 級

【障害者手帳】

両下肢 機能全廃 1 級 左上肢 機能全廃 2 級

※カード形式手帳 (ウラ面)

注) 住所や氏名が変わったときは、すぐに変更の届を出してください。

身体障害者手帳

神奈川県 第 123456 号
交付年月日 平成元年4月1日生

身体障害者等級表
による等級 1 級
第 1 種

旅客鉄道株式会社
旅客運賃減額

氏 名 神奈川 太郎 神奈川県 印

平成 元年 4 月 1 日生

障 害 名 肢体不自由
両下肢 機能全廃 1 級 1 級 左上肢 機能全廃 2 級

※紙形式手帳

上肢級 下肢級 肢体級