

2026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。

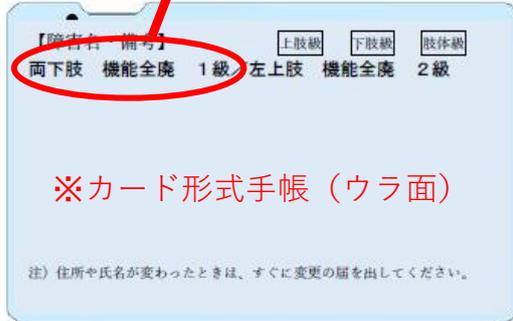
郵送同意確認 申請時	私は、郵送での申請に際し、市が福祉タクシー利用券交付要件を確認するため、申請者の障害者手帳の情報を確認することに <input checked="" type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません
	障害者手帳の写し(開いた状態で両面をコピー)を添付してください

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	<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"/> A1 / <input type="checkbox"/> A2			
知能指数35以下		<input type="checkbox"/>			

施設入所の有無	申請日現在、特別養護
	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (<input type="checkbox"/> 特)

※あなたが代理人のときは、下の欄も記

代理人	フリガナ	
	氏名	
	住所	〒 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ



※カード形式手帳 (ウラ面)



※紙形式手帳

◆職員記入欄

利用券No.

※施設入所者は福祉タクシー利用券