

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<br>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、<br>申請者の障害者手帳の情報を確認することに <input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません<br><br>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                                                                                                                                                                                                                    |                             | 生年月日                     | 大正 昭和<br>平成 令和<br>年 月 日     |                             |                             |
|                                           | 氏名                                                                                                                                                                                                                      |                             | 電話番号                     |                             |                             |                             |
|                                           | 住所                                                                                                                                                                                                                      | 〒                           |                          |                             | 受領確認                        |                             |
|                                           | (手帳内側の個別等級を確認)<br>障害者手帳の内容                                                                                                                                                                                              | 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 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、<br>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、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、障害児者入所施設に入所していますか？<br><input type="checkbox"/> いいえ<br><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 / <input type="checkbox"/> 障害児者入所施設 ) |                             |                          |                             |                             |                             |

※ 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 |             |  |
|     | 氏名   |                                 |      |             |  |
|     | 住所   | 〒                               |      | との関係<br>申請者 |  |
|     |      | <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 |
|       |