

2024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 <input 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		生年月日	大正 昭和 平成 令和	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)	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、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？ <input 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 / <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	〒	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	申請者との関係

◆ 職員記入欄

利用券No.	(腎臓2冊目)

交付年月日