

北上市福祉事務所長 様

住所 _____

氏名 _____

生年月日 T・S・H・R 年 月 日

電話番号 _____

福祉タクシー助成券交付申請書

北上市福祉タクシー事業実施要綱第3第1項の規定に基づき、次のとおり福祉タクシー助成券の交付を申請します。

記

障害の状況	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 1級	第 号
	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 2級(視覚・下肢・体幹)	第 号
	<input type="checkbox"/> 療育手帳 A	第 号
	<input type="checkbox"/> 障害者手帳 1級	第 号
	<input type="checkbox"/> その他	障害の程度
施設入所の有無	<input type="checkbox"/> 有 (施設名) <input type="checkbox"/> 無	
自動車税・軽自動車税減免の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

備考 身体障害者手帳所持者、療育手帳所持者及び障害者手帳所持者以外の者は「障害の程度」欄に記入すること。

■申請者と申請書提出者が異なる場合は、下記に記入

申請書提出者氏名		申請者との関係	
----------	--	---------	--

■福祉タクシー助成券交付申請にあたっての同意事項

- 福祉タクシー助成対象外となる施設に入所していません。
- 自動車税、軽自動車税の減免を受けていません。
- 万一紛失、盗難などがあっても、有効期間内の再発行ができないことを理解しています。
- 助成券は、申請者本人以外には利用できないことを理解しています。
- 北上市以外の市区町村に転出、1の施設に入所、死亡、2の減免を受けるなど、助成資格がなくなった場合は、すみやかに助成券を返還します。
- 不正利用が発覚した場合は、助成券を返還します。

上記の内容について、確認・同意しました

(市処理欄)

課長決裁	課長補佐	係長	担当者	受付印

令和 8 年 6 月 1 日

北上市福祉事務所長 様

住所 北上市芳町1-1 マンションA101氏名 北上 花子生年月日 T (S) H・R 30 年 12 月 31 日電話番号 0197-xx-xxxx

福祉タクシー助成券交付申請書

北上市福祉タクシー事業実施要綱第3第1項の規定に基づき、次のとおり福祉タクシー助成券の交付を申請します。
記

障害の状況	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 1級	第 号
	<input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳 2級 (視覚 <u>下肢</u> 体幹)	岩手県 第123456号
	<input type="checkbox"/> 療育手帳 A	第 号
	<input type="checkbox"/> 障害者手帳 1級	第 号
	<input type="checkbox"/> その他	障害の程度
施設入所の有無	<input type="checkbox"/> 有 (施設名) <input checked="" type="checkbox"/> 無	
自動車税・軽自動車税減免の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	

備考 身体障害者手帳所持者、療育手帳所持者及び障害者手帳所持者以外の者は「障害の程度」欄に記入すること。

■申請者と申請書提出者が異なる場合は、下記に記入

申請書提出者氏名	北上 太郎	申請者との関係	夫
----------	-------	---------	---

■福祉タクシー助成券交付申請にあたっての同意事項

- 福祉タクシー助成対象外となる施設に入所していません。
- 自動車税、軽自動車税の減免を受けていません。
- 万一紛失、盗難などがあっても、有効期間内の再発行ができないことを理解しています。
- 助成券は、申請者本人以外は利用できないことを理解しています。
- 北上市以外の市区町村に転出、1の施設に入所、死亡、2の減免を受けるなど、助成資格がなくなった場合は、すみやかに助成券を返還します。
- 不正利用が発覚した場合は、助成券を返還します。

 上記の内容について、確認・同意しました

(市処理欄)

課長決裁	課長補佐	係長	担当者	受付印