様式第1号(第3関係)

令和　　年　　月　　日

　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 | * 身体障害者手帳　１級
 | 第　　　　　　号 |
| * 身体障害者手帳　２級（視覚・下肢・体幹）
 | 第　　　　　　号 |
| * 療育手帳　Ａ
 | 第　　　　　　号 |
| * 障害者手帳　１級
 | 第　　　　　　号 |
| * その他
 | 障害の程度 |
| 施設入所の有無 | * 有　(施設名　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　)　　　　　□　無
 |
| 自動車税・軽自動車税減免の有無 | * 有　　　　　□　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**

１．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。

２．自動車税、軽自動車税の減免を受けていません。

３．万一紛失、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。

４．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。

５．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。

６．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 |
|  |  |  |  |  |

様式第1号(第3関係)

**記入例**

令和 ７ 年 ６ 月 ３ 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―××―××××

**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 | * 身体障害者手帳　１級
 | 第　　　　　　号 |
| * 身体障害者手帳　２級（視覚・下肢・体幹）

✓ | 岩手県　　第１２３４５６号 |
| * 療育手帳　Ａ
 | 第　　　　　　号 |
| * 障害者手帳　１級
 | 第　　　　　　号 |
| * その他
 | 障害の程度✓ |
| 施設入所の有無 | * 有　(施設名　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　)　　　　　□　無

✓ |
| 自動車税・軽自動車税減免の有無 | * 有　　　　　□　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**

１．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。

２．自動車税、軽自動車税の減免を受けていません。

３．万一紛失、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。

４．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。

５．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。

６．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 |
|  |  |  |  |  |