

様式第1号(第3条関係)

中央市重度心身障害者(児)等タクシー利用料金助成券交付申請書

年 月 日

中央市長 様

申請者 住 所 _____

氏 名 _____ 続柄()

電話番号 _____ ()

年度中央市重度心身障害者(児)等タクシー利用料金助成券の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

氏 名		生年月日	年 月 日
住 所			
障がい等の状況	1. 身体障害者手帳(有効期限 年 月 日) <input type="checkbox"/> 肢体不自由1・2級 <input type="checkbox"/> 視覚障害1・2級 <input type="checkbox"/> 聴覚障害2級 <input type="checkbox"/> じん臓機能障害1級(人工透析を受けている者) 2. 療育手帳A(有効期限 年 月 日) 3. 精神障害者福祉手帳1・2級(有効期限 年 月 日) 4. 中央市寝たきり高齢者及び認知症高齢者介護慰労金を受けている者に介護をされている者であって、所得税非課税世帯		
自動車税減免	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
施設入所	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

添付書類：身体障害者手帳、療育手帳または精神保健福祉手帳

じん臓機能障害に該当する場合は、通院による人工透析療法を受けていることがわかる書類