

心身障がい者タクシー利用料金助成申請書

令和 年 月 日

社会福祉法人

加茂市社会福祉協議会会長 様

住所 加茂市

氏名

(TEL ー)

下記のとおりタクシー料金の助成の対象者に該当しますので、心身障がい者タクシー
利用券を交付くださるよう申請します。

なお、この申請書の内容は必要に応じて福祉関係機関(加茂市健康福祉課・加茂市
長寿あんしん課)に情報提供することを了承します。

記

手帳名	手帳番号	障 が い 名	
身体障害者 手帳		1級	(視覚障害・上肢不自由・下肢不自由・体幹不自由 心臓機能障害・腎臓機能障害・呼吸器機能障害)
		2級	(視覚障害・聴覚障害・上肢不自由・下肢不自由 体幹不自由)
		3級	(下肢不自由・体幹不自由・心臓機能障害 腎臓機能障害・呼吸器機能障害)
療育手帳		療育手帳 A	
精神障害者 保健福祉 手帳		1級	

(手帳取得年月日)

(年 月 日)

受付・交付 年 月 日 交付番号 枚数

却下 年 月 日(理由) 担当者