

年 月 日

狛江市福祉タクシー及び福祉車両利用助成申請書

狛 江 市 長 宛て

住 所 狛江市

申請者 氏名

電 話 ()

狛江市福祉タクシー及び福祉車両利用事業実施要綱第5条第1項の規定により、次のとおり狛江市福祉タクシー及び福祉車両の利用を申請します。

利用 者 氏 名	男 ・ 女	
生 年 月 日	年 月 日 (歳)	
申 請 理 由		
扶 養 義 務 者 氏 名		
障 害 名		
障 害 の 程 度	身体障害者手帳 種 級 〔 下肢 級, 体幹 級 内部 級, 視覚 級 他(級, 級) 〕	愛の手帳 種 度 高次脳機能障害
市 記 入 欄	判定用等級 級	

※扶養義務者氏名欄は、同居の家族がいる場合、福祉タクシー及び福祉車両利用者（以下「利用者」といいます。）を除いて所得の最も多い方の氏名を記入してください。ただし、利用者の所得が最も多い場合は、次に多い方の氏名を記入してください。単身者の場合は未記入としてください。（同居の家族は、利用者からみて3親等内の者に限る。）

福祉タクシー及び福祉車両利用券の申請にあたり、所得額を確認するため、利用者及び扶養義務者の税務担当課保有の税資料を閲覧することを承諾します。また、高次脳機能障害に当たっては、障害の程度が確認できる市保有の書類を閲覧することを承諾します。

氏 名

印