

様式第1号（第5条関係）

紀の川市福祉タクシー・自動車燃料費助成申請書

令和 年 月 日

紀の川市長 様

交付NO. \_\_\_\_\_

申請者 住 所 紀の川市 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

下記のとおり、福祉タクシー利用料金又は自動車燃料費の助成を願いたく申請します。

希望券種の箇所に チェック☑して下さい。		<input type="checkbox"/> 福祉タクシー利用券 <input type="checkbox"/> 自動車燃料費利用（自動車用）券 <input type="checkbox"/> 自動車燃料費利用券（自動二輪（原付も含む）専用券）	
対象者氏名		生 年 月 日	年 月 日生
対象者住所	紀の川市 番地		
身体障害者手帳	身体障害者手帳 記 号 番 号	都道府縣市（ ）第 号	
	身体障害者手帳 交 付 年 月 日	年 月 日交付	
	障 害 名		
	等 級	1 級 ・ 2 級	
療育手帳	療 育 手 帳 記 号 番 号	都道府縣市（ ）第 号	
	療 育 手 帳 交 付 年 月 日	年 月 日交付	
	障 害 の 程 度	最重度（A1） ・ 重度（A2）	
精神障害者 保健福祉手帳	精 神 障 害 者 保 健 福 祉 手 帳 番 号	都道府縣市（ ）第 号	
	精 神 障 害 者 保 健 福 祉 手 帳 交 付 年 月 日	年 月 日交付	
	障 害 の 等 級	1 級 ・ 2 級	
備 考			

（注）自動車燃料費利用券を希望される方については、本人又は介護を行う者の自動車運転免許証を必ず持参してください。

支 所 受 付 印

受領年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

受 領 者 \_\_\_\_\_

