

取手市重度障害者福祉タクシー等利用券交付申請書

住 所	取手市			
	TEL ()			
障 害 者 氏 名 生年月日	氏 名		年 月 日生 (歳)	
	※児童の場合は保護者氏名		保護者氏名	
障害程度	身体障害者手帳	県・市 第 号 1・2 級 心臓・腎臓・呼吸器・ぼうこう又は直腸 小腸・免疫・視覚・聴覚・体幹 (左/右)上肢/下肢・その他 ()		
	療 育 手 帳	茨城県 第 号 ① · A		
	精神障害者 保健福祉手帳	(手帳番号) 第 号 1 級 (自立支援医療費受給者番号) 第 号		
上記のとおり福祉タクシー等利用券の交付を申請します。 <div style="text-align: center;"> 年 月 日 窓口に来た方の氏名 (続柄) <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> (電話番号) </div> 取手市長 殿				

取手市重度障害者福祉タクシー等利用券の交付にあたり、受給資格要件の確認を行うために必要な範囲で、私の個人情報について、調査、照会又は閲覧することを承諾します。

障害者氏名

処理欄 ※こちらは職員記入欄となります

交付番号	交付資格確認欄	受付印
	<input type="checkbox"/> 在宅者である <input type="checkbox"/> 今年度自動車税減免を受けていない	
決 裁	課長	副参事
	課長補佐	係長
		係