

障害者福祉タクシー利用券交付申請書

木津川市長 様

次のとおり、福祉タクシー利用券の交付を申請します。

なお、福祉タクシー利用券の交付の決定に当たり必要のあるときは、住民基本台帳の世帯の状況及び市町村民税に係る課税状況について、木津川市が確認することについて同意します。

令和〇年〇〇月〇〇日

申請者※1	住所	木津川市〇〇台〇丁目〇〇番地〇〇			
	氏名	木津川 太郎		男・女	
	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日	電話番号	〇〇(〇〇)〇〇〇〇	
保護者※2	住所	□ 申請者と同じ			
	氏名	申請者が18歳未満の場合に記載してください。	申請者の続柄		
障害区分	障害名・障害程度	<input type="checkbox"/> 視覚障害 (1級 ・ 2級)			
		<input checked="" type="checkbox"/> 下肢障害 (1級 ・ 2級)			
		<input type="checkbox"/> 上肢障害 (1級 ・ 2級)	かつ下肢障害3級		
		<input type="checkbox"/>	かつ公共交通機関の利用困難(医師意見書要)		
		該当する障害名・程度を選択してください。(複数に該当する場合は、すべてを選択してください。)			
		<input type="checkbox"/> 移動機能障害 (1級 ・ 2級)			
		<input type="checkbox"/> 心臓機能障害 1級			
		<input type="checkbox"/> じん臓機能障害 1級			
		<input type="checkbox"/> 呼吸器機能障害 1級			
		<input type="checkbox"/> ぼうこう機能障害 1級			
		<input type="checkbox"/> 直腸機能障害 1級			
		<input type="checkbox"/> 小腸機能障害	施設入所の有無については、要否に関係ありませんが、参考のため〇印と有の場合は施設名をお願いします。		
		<input type="checkbox"/> 肝臓機能障害			
		<input type="checkbox"/> 免疫機能障害			
		<input type="checkbox"/> 知的障害 A判定			
<input type="checkbox"/> 精神障害 1級					
施設入所	有・無	(施設名)			

※1 障害のある者

※2 申請者が18歳未満の場合に記載

該当する障害者手帳の写し(コピー)が必要です。

添付書類	<ul style="list-style-type: none"> 身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳(写し) 市町村民税課税所得証明(当該年(1月~6月申請の場合は前年)の1月1日に木津川市に住所を有しない世帯員全員※)(※申請者が18歳以上の場合は、申請者と配偶者のみ。)
------	---