

(様式第1号)

鈴鹿市福祉タクシー事業利用申請書

年 月 日

(宛先) 鈴鹿市長

(窓口に来た人)

住 所

氏 名

対象者との続柄 ()

※本人確認できるものを提示してください。

電話 ()

年度分 鈴鹿市福祉タクシー事業実施要領第5条の規定により申請します。

※身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳のいずれかの原本を必ず持参してください。

| | | | |
|---|---|------|-------|
| 障がい者本人または家族名義の自動車について | | | |
| 自動車税・軽自動車税の減免を <input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受けていない →福祉タクシー対象外となります。 →手帳の原本を持参のうえ、申請してください。 | | | |
| 対象者氏名 | | 生年月日 | 年 月 日 |
| 対象者住所 | 鈴鹿市 | | |
| 障がいの種別及び等級 ※該当に○ | 下肢・体幹 1・2 級 / 視覚 1・2 級 内部 (心臓・腎臓・肝臓・呼吸器・膀胱・直腸・小腸・免疫) 1 級 療育手帳 A 1 (最重度)・A 2 (重度) / 精神 1 級 | | |
| 私は、鈴鹿市福祉タクシー交付申請にあたり、私及び私の世帯に関する個人情報(住民基本台帳、税情報)について、鈴鹿市が調査することに同意します。 また、申請内容に虚偽があった場合は、すみやかに交付された助成について返還いたします。 年 月 日 本人または保護者(本人が18歳未満)氏名 <p style="text-align: right;">(記名押印または本人署)</p> | | | |
| 連絡事項 | ○乗車券の受取りについて 地区市民センターでの申請の場合は、受取までに数日を要します。(申請・受取時には必ず障害者手帳の原本をお持ちください。また、代理人申請・受取の場合は、代理人の本人確認ができる書類も必要です) ○乗車券の郵送はいたしません。 | | |

処理者記入欄 (※以下は記入しないでください。)

| | | | |
|----------------------------|--|----------|--|
| 受付年月日 | | 代理人の本人確認 | <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他 () |
| 交付年月日 | | 交付資格 | 有 ・ 無 |
| 申請月→抜き取り枚数 (申請書に添付すること) | 5月→2枚, 6月→4枚, 7月→6枚, 8月→8枚, 9月→10枚, 10月→12枚, 11月→14枚, 12月→16枚, 1月→18枚, 2月→20枚, 3月→22枚 | | |
| 乗車券番号 | | 処理者名 | |