

様式第1号（第3条関係）

度会町高齢者及び重度心身障害者タクシー料金助成券交付申請書

申請日 年 月 日

（宛先）度会町長

次のとおり、度会町高齢者及び重度心身障害者タクシー料金助成券の交付を申請します。  
 なお、私は、度会町高齢者及び重度心身障害者タクシー料金助成券の資格要件のために必要  
 があるときは、私の町民税の課税状況、収納状況、障害者手帳、介護認定状況等を調査する  
 ことに同意します。

利 用 者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	住 所	度会町		
	電話番号	— —		
（窓 口 に 来 た 方 ） 申 請 者	※対象者本人が申請する場合は、記入不要です。代理人が申請する場合は、以下記入してください。			
	フリガナ		続 柄	
	氏 名		(利用者から見て)	
	住 所			
電話番号	— —			
確認事項	<input type="checkbox"/> 私は、施設に入所していません <input type="checkbox"/> 私の世帯は、市町村民税の非課税世帯です <input type="checkbox"/> 私は、国又は地方公共団体から、交通費・移動費・運送費等の助成を受けていません			
自動車税又は軽自動車税の減免	<input type="checkbox"/> 受けてない <input type="checkbox"/> 受けているが、当該自動車又は軽自動車を所有していない <input type="checkbox"/> 受けており、当該自動車又は軽自動車を所有している			
要介護認定	受けていない ・ 要支援（ ） ・ 要介護（ ）			
障害手帳番号	第 号			
障害等級・障害名	身体障害者手帳	下肢・体幹・移動	1 ・ 2 ・ 3 級	
		視覚	1 ・ 2 級	
		内部	1 級	
	療育手帳	A 1 ・ A 2 ・ B 1 ・ B 2		
精神障害者保健福祉手帳	1 級 ・ 2 級			

※町記入欄

課税状況	課税 ・ 非課税		
交付年月日	年 月 日	交付取扱者	
交付番号		交付枚数	