

(第1号様式)

平群町福祉タクシー利用料金助成申請書

平成 年 月 日

平群町長 殿

申請者 住 所

氏 名

Ⓜ

(対象者との続柄)

電話番号

福祉タクシー利用料金の助成を受けたく、次のとおり申請します。

また、助成対象確認のため、私及び世帯員に係る住民税の課税状況を税務課に確認することに同意します。

利 用 者	住 所	平群町			
	氏 名		性別	男・女	
	生 年 月 日	明治・大正 昭和・平成	年 月 日	年齢	歳
	手帳の種類	1. 身体障害者手帳 2. 療育手帳			
	交付番号	第 号			
	障 害 名	1.視覚 2.肢体 3.体幹	4.内部 5.知的	障害程度	1級 2級 A
備 考					

(注) ※欄は、記入しないでください。

※ 決 裁 欄	交付年月日	平成 年 月 日	利用券番号		
	上記のとおり交付してよろしいか。				
	課長	主幹	係長	係	交付者

下記のとおり要綱に適合しています。 担当者確認印

世帯状況

氏 名	続柄	所得割	均等割	氏 名	続柄	所得割	均等割