

様式第1（第4条関係）

障害者福祉タクシー料金助成利用券交付申請書

安城市長

- 注意1 太枠の中のみ記入してください。  
 2 該当する項目に○印を付けてください。  
 3 適切な制度運用のため、安城市障害者福祉タクシー料金助成事業実施要綱第3条の該当の有無、タクシー事業者の乗務記録及び申請者の利用券を調査・確認することがあります。安城市が当該調査・確認すること（翌年度以後に安城市が利用券を交付する場合において安城市が当該調査・確認することを含む。）に同意する場合のみ、この申請書を提出してください。

申請者記入欄		申請日	年 月 日
申請者住所	安城市		
申請者氏名	(フリガナ)	電話	—
手帳番号	愛知県 第 号 ( )		
等級・判定	(1) 身体障害者手帳 1級 ・ 2級 ・ 3級 (2) 療育手帳 A判定 ・ B判定 (3) 精神障害者保健福祉手帳 1級 ・ 2級		
障害名	聴覚 ・ 平衡 ・ 視覚 ・ 上肢 ・ 下肢 ・ 体幹 ・ 心臓 ・ 呼吸器 腎臓 ・ 直腸 ・ ぼうこう ・ 小腸 ・ 免疫 ・ 肝臓 ・ ( )		
車いす利用	利用していない ・ 時々利用している ・ 常時利用している		

事務処理欄	
タクシー利用券の番号	第 号
タクシーの種別	一般タクシー ・ 車いす・ストレッチャー乗車専用タクシー（普通・大型）
高齢者タクシー料金助成利用券の交付	交付を受けている ・ 交付を受けていない
通院報告書の提出（様式第3）	同時提出 ・ 提出なし
障害者システムへの入力	入力日（ 年 月 日）