

障害者福祉タクシー助成券交付申請書

令和 年 月 日

（宛先）白山市長

（申請者）

住 所 白山市

氏 名 ㊦

（自筆署名であれば押印不要）

生年月日 年 月 日

電話番号 ー

白山市障害者福祉タクシー助成券の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

利用者氏名	手帳番号	第 号
<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級	
	<input type="checkbox"/> 3級 下肢・体幹・じん臓機能障害	
<input type="checkbox"/> 療育手帳	A	
<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級	
運転免許証の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	(有の場合) 自ら自動車を運転することはありません。 なお、上記と異なる事実が確認された場合は交付を受けた助成券及びすでに使用した助成券の枚数に対応する金額を市に返還することについて、一切異議を申し立てません。 氏名 _____	

※ 該当する□欄にレ印を付けてください。

【事務処理欄】 交付番号() 交付枚数(枚) 受付担当()

本人確認書類

- (1点) 手帳 マイナンバーカード その他 ()
(2点) 保険証 介護保険証 年金手帳 年金証書 法人身分証明書
学生証 その他 ()