

別記様式第1号 (第5条関係)

福祉タクシー利用申請書

年 月 日

那須烏山市長 宛て

申請者 住 所 那須烏山市  
氏 名

福祉タクシー事業によるタクシー運賃の助成を受けたいので、那須烏山市福祉タクシー事業実施規程第5条第1項の規定により、次のとおり申請します。

ふりがな 対象者氏名		男 女	生年 月日	大正・昭和 年 月 日 ( 歳)	
住 所	那須烏山市				
電 話 番 号					
対 象 者 区 分	□障害者 (手帳の写 しを添付し てください)	□ 身体障害者手帳	1級 (透析:有・無) ・ 2級		
		□ 療育手帳	A ・ A1 ・ A2		
		□ 精神障害者保健福祉手帳	1 級		
	□高齢者	自家用自動車の所有の有無		有 ・ 無	
		福祉有償運送・通院支援利用の有無		有 ・ 無	
		施設入所・入院の有無		有 ・ 無	
		敷地内家族(※)の有無		有 ・ 無	
介護支援事業者 ※ケアマネジャーがついている 場合に記載		事業所 担当者名			
添付書類	本人及びその世帯に属する者の市税及び使用料その他の市の税外収入金の納付状況の確認に同意する旨の書面				

※敷地内家族とは、本人が居住する同一敷地内又は隣接する敷地内に移動手段の支援をすることができる親族世帯をいいます。

注 市県民税課税状況は、申請の日の属する年の前年(その日の属する月が1月から6月までの場合にあっては、前々年)分の所得についての課税の状況について確認します。

注 那須烏山市福祉タクシー事業実施規程第3条第4号の規定による対象者の適否については、添付書類「本人及びその世帯に属する者の市税及び使用料その他の市の税外収入金の納付状況の確認に同意する旨の書面」をもって判定を行うものとします。

市 処 理 欄	判 定	□ 適	□ 否(理由: )
---------	-----	-----	--------------