

様式第1号(第3条関係)

障害者福祉タクシー利用料金助成申請書

下記のとおり、障害者福祉タクシー利用券の交付を申請します。

(令和 年度)

本人氏名		性別	生年月日	大正 昭和 平成 令和	年	月	日
		男・女					
住所	〒 ー 魚沼市						
区分	交付年月日	手帳番号	障害の等級又は程度 (該当する等級等を○で囲む)				
身体障害者手帳	年 月 日	第 号	1 級	2 級	3 級		
療育手帳	年 月 日	第 号	A		B		
精神障害者保健福祉手帳	年 月 日	第 号	1 級		2 級		

※ 申請の際は、身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳のいずれかをお持ちの上、窓口で提示してください。

年 月 日

〒 ー
住所 魚沼市 _____

(申請者) 氏 名 _____

(本人との続柄: _____)

電話番号 _____

魚沼市長様

※ 本人以外の住所地へ送付希望の場合は、宛先を御記入ください。

住所 〒 ー

宛 名 _____

記入例

様式第1号(第3条関係)

障害者福祉タクシー利用料金助成申請書

交付を希望する
申請年度を記入

下記のとおり、障害者福祉タクシー利用券の交付を申請します。

(令和 ○○ 年度)

本人氏名	魚沼 太郎	性別 男	生年月日	大正 昭和 平成 令和	○○年○○月○○日
住所	〒946-8601 魚沼市 小出島910番地				
区分	交付年月日	手帳番号	障害の等級又は程度 (該当する等級等を○で囲む)		
身体障害者手帳	S○○年○○月○○日	第001234号	1級	2級	3級
療育手帳	S○○年○○月○○日	第123号	A	B	
精神障害者 保健福祉手帳	H○○年○○月○○日	第60000号 (5225は記入しなくても可)	1級	2級	

お持ちの障害者手帳の内容を記入
(複数の手帳をお持ちの場合は、すべてについて)

※ 申請の際は、身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳のいずれかをお持ちの上、窓口で提示してください。

令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

申請者以外の住所地
(保護者、施設等)へ券の
送付を希望する場合は記入

(申請者)

〒946-8601
住所 魚沼市 小出島910番地
氏名 魚沼 太郎
(本人との続柄: 本人)
電話番号 025-792-9767

魚沼市長様

※ 本人以外の住所地へ送付希望の場合は、宛先を御記入ください。

住所 〒 -

宛名