

江別市重度心身障がい者（児）タクシー利用券及び自動車等燃料費助成券交付申請書

年 月 日

(宛先) 江 別 市 長

申請者 住 所

フリガナ

氏 名

(対象者との続柄)

タクシー利用券又は自動車等燃料費助成券の交付を受けたいので、江別市重度心身障がい者等交通費助成要綱第4条の規定により、下記のとおり申請します。

住 所		生年月日	
フリガナ		電話番号	
対象者氏名			
手帳内容（手帳記号番号・交付年月日・氏名・生年月日・住所・等級等） <input type="checkbox"/> 身体障がい 障がいの程度は、添付の身体障害者手帳（写し）のとおり <input type="checkbox"/> 知的障がい 障がいの程度は、添付の療育手帳（写し）のとおり <input type="checkbox"/> 精神障がい 障がいの程度は、添付の精神障害者保健福祉手帳（写し）のとおり			
現在の施設への入所状況	<input type="checkbox"/> 入所していない <input type="checkbox"/> 入所している（施設名 ）		
現在の病院・診療所への入院状況	<input type="checkbox"/> 入院していない <input type="checkbox"/> 入院している（病院名 ）		
申請区分 ※どちらか一方を選択	<input type="checkbox"/> タクシー利用券 <input type="checkbox"/> 自動車等燃料費助成券		
返還する	<input type="checkbox"/> なし		
既交付券	<input type="checkbox"/> 透析用タクシー利用券（週3回以上） <input type="checkbox"/> 透析用タクシー利用券（週2回以下）		

※ この欄は市で記入します。

交付決定枚数	4月から6月	7月から9月	10月から12月	1月から3月
タクシー利用券	枚	枚	枚	枚
自動車等燃料費助成券	枚	枚	枚	枚
利用券交付No.	第 号	交付年月日	年 月 日	

(受領確認欄)

私は、上記申請に係るタクシー利用券又は自動車等燃料費助成券を受領しました。

(宛先) 江 別 市 長

受領年月日 年 月 日

受領者氏名

(対象者との続柄 :)