

様式第1号（第4条関係）

米原市重度障がい者（児）自動車燃料費・福祉タクシー等運賃助成申請書

（宛先）米原市長

年 月 日

申請者	住所	〒 ー 米原市		
	氏名			
	電話		対象者の続柄	

次のとおり米原市重度障がい者（児）自動車燃料費・福祉タクシー等運賃助成を申請します。

券種（いずれか一つに○印を付けてください。）

<input type="checkbox"/>	自動車燃料費	<input type="checkbox"/>	福祉タクシー運賃	<input type="checkbox"/>	リフト付きタクシー運賃
--------------------------	--------	--------------------------	----------	--------------------------	-------------

対象者	住所	米原市				
	ふりがな		生年月日	大・昭・平・令		
	氏名			年 月 日		
	身体障害者手帳	() 都・道・府・県 第 号 (第 種 級) 視覚・肢体・その他				
		腎臓⇒人工透析のための通院 (有り・無し)				
		医療機関名 () 医療機関による送迎の利用 (有り・無し)				
通所・通学・通園 有りの場合⇒施設名 () 上記の施設による送迎の利用 (有り・無し)						
療育手帳	() 都・道・府・県 第 号 (障害の程度)					
精神障害者 保健福祉手帳	() 都・道・府・県 第 号 (級)					

※軽自動車税の減免を証する書面を紛失されている方は、下記同意書欄に御署名ください。

同意書	
私（対象者）は、米原市重度障がい者（児）自動車燃料費・福祉タクシー運賃・リフト付きタクシー運賃助成の対象者要件確認のため、私および世帯員における軽自動車税に関する課税状況について、担当職員が税務担当部署に調査・照会・閲覧することについて同意します。	
対象者氏名 _____	

（以下の欄は、記入しないでください。）

受付時記入	G	<input type="checkbox"/> 手帳の確認 <input type="checkbox"/> 免許証の確認（番号： _____） <input type="checkbox"/> 減免確認書類（ _____年度減免書類、または車検証）					
	T・R	<input type="checkbox"/> 手帳の確認					
担当課記入	G1	G2	G4	T1	T2	T4	R