

出雲崎町福祉タクシー・バス利用券交付申請書

出雲崎町長 様

下記のとおり、福祉タクシー・バス利用券の交付を申請します。

|         |       |        |
|---------|-------|--------|
| 利用<br>者 | 申請年月日 | 年 月 日  |
|         | 住 所   | 出雲崎町大字 |
|         | 氏 名   |        |

(利用者本人が申請する場合は、以下の記載は不要です。)

代理人 住所

氏名

(同居家族・その他 [ ])

町記入欄（ここから下の欄には記入しないでください。）

|                                |                                                                               |                                                                 |      |
|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|------|
| 受付・交付年月日                       |                                                                               | 交付番号                                                            |      |
| 助成資格                           |                                                                               |                                                                 | 交付枚数 |
| <input type="checkbox"/> 障害者   | <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（1～4級）                                        | <input type="checkbox"/> 他制度利用無し<br>〔 障害者自動車燃料費<br>人工透析者通院費助成 〕 | 60枚  |
|                                | <input type="checkbox"/> 療育手帳                                                 |                                                                 |      |
|                                | <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳                                          |                                                                 |      |
| <input type="checkbox"/> 65歳以上 | <input type="checkbox"/> 運転免許なし                                               |                                                                 | 60枚  |
|                                | <input type="checkbox"/> 原動機付自転車のみ運転                                          |                                                                 | 30枚  |
|                                | <input type="checkbox"/> 寝たきり要介護認定者（障害高齢者の日常生活自立度ランクC）                        |                                                                 | 90枚  |
| <input type="checkbox"/> 65歳未満 | <input type="checkbox"/> 要介護認定者                                               |                                                                 | 60枚  |
| <input type="checkbox"/> その他   | (理由)                                                                          |                                                                 | 60枚  |
| (代理申請の場合)                      | <input type="checkbox"/> 身分証明書<br><input type="checkbox"/> 委任状（代理人と利用者が別居の場合） |                                                                 |      |