

# 記入例

様式第1号（第5条関係）

## 重度心身障害者福祉タクシー利用券交付申請書

令和 4年 1月10日

（あて先）前橋市長

福祉タクシー利用券の交付を受けたいので、前橋市重度心身障害者福祉タクシー料金助成事業実施要綱第5条の規定により申請します。なお、申請に当って、次のことについて同意します。

- 受給資格要件の確認調査のため、自動車及び軽自動車に係る私の課税状況について、群馬県自動車税事務所及び前橋市市民税課において調査・閲覧すること。
- 精神障害者保健福祉手帳の取得状況について、前橋市保健予防課において調査・閲覧すること。

申請者 (対象者)	(フリガナ) 氏名	前橋 花子		電話番号	080 - 2222 - 3333
	住所	〒371-0014 前橋市 朝日町三丁目 36-17			
	生年月日	大正・昭和・平成・令和 30 年 10 月 5 日	年齢	満 65 歳	
代理人	(フリガナ) 氏名	前橋 みどり	続柄 長女	電話番号	090 - 1234 - 5678
	住所	前橋市大手町1-1-1 前橋アパート 204号			
受給要件確認 ※当てはまる該当項目すべてにレ点をつけてください。	1	<input checked="" type="checkbox"/> 住民票および居住が前橋市にある			
	2	<input checked="" type="checkbox"/> 満18歳以上			
	3	<input checked="" type="checkbox"/> 在宅である（障害者支援施設等に入所していない） <sup>注1</sup>			
	4	<input checked="" type="checkbox"/> 軽自動車税、もしくは自動車税の減免を本人または生計を一にする家族が受けていない			
	5	下記のいずれかの該当者 <input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳1・2級			
	障害の程度	1級	手帳番号	前橋市 群馬県・( 第 123456 号)	
	障害名 <b>人工透析による腎臓機能障害</b>				
	<input type="checkbox"/> 療育手帳A		<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳1級		

注1：障害者支援施設等には、養護老人ホームや特別養護老人ホームを含みます。

注2：上記受給要件1～5の欄すべてに該当しない方は、申請できません。

受付日

※減免を受けていたが、年度途中で廃車した場合は、来年度から申請可能となります。

