様式第１号（第４条関係）

豊岡市障害者福祉タクシー・バス共通利用券交付申請書

　　年　　月　　日

豊　岡　市　長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所　豊岡市

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　　－

　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　（対象者との続柄　　　　　　）

福祉タクシー・バス共通利用券の交付を受けたいので、豊岡市障害者福祉タクシー等利用料金助成事業実施要綱第５条の規定に基づき下記のとおり届け出ます。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 対象者氏名 |  | 年　　月　　日生（　　歳） | |
| 対象者住所 | 豊岡市 | | |
| 手帳の種類  及び程度 | 〈該当するものに○〉  身障　１・２　　級  （じん臓機能障害：人工透析療法（血液透析）の有無　　　　有　・　無）  療育　　Ａ　　判定  精神　　１　　　級 | | 手帳番号 |
| 第　　　　　号 |
| 障　害　名 |  | | |

自動車税（軽自動車税）の減免及び外出支援サービスの利用の有無について、社会福祉課が必要な情報を確認することに同意します。また、福祉タクシー・バス共通利用券利用の有無について、関係機関に情報提供することに同意します。

　　　　　申請者氏名

対象者について

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設入所（入院中） | 有 | 無 |
| 自動車税（軽自動車税）の減免 | 有 | 無 |
| 外出支援サービスの利用 | 有 | 無 |

以下記入不要

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 交付該当の有無 | 有 | 無 |
| 交付方法 | 窓口 | 郵送 |
| 交付内容 | １年分（　　 　枚） | 箇月分（　　 　枚） |
| 利用券番号 | NO. | |

上記の者に福祉タクシー・バス共通利用券を交付してよろしいか。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決　裁 | 起案　　　　　年　　月　　日 | 部　長 | 課　長 | 課長補佐 | 係　長 | 係 |
| ※ |  |  |  |  |
| 決定　　　　　年　　月　　日 |