様式第１号（第４条関係）

加古川市福祉タクシー利用券交付申請書

平成　　年　　月　　日

加　古　川　市　長　様

（申請者）　住所　加古川市

氏名

※申請者は、障がい者本人。ただし、18歳未満のものは保護者。

加古川市福祉タクシー利用券の交付を受けたいので、加古川市重度障害者（児）福祉タクシー事業実施要綱第４条の規定により申請します。申請にあたり、市が私の住民基本台帳、課税状況等を調査することに同意します。

なお、下記の内容に虚偽があった場合や交付の対象とならなくなった場合は、利用券を返却します。

対象者・児	氏名	□ 申請者に同じ(ﾁｪｯｸで省略可)	男・女	生年月日	明治・大正 年　月　日 昭和・平成
	住所	□ 申請者住所に同じ(ﾁｪｯｸで省略可)			
	電話番号	―　―			
	障がい区分	該当する区分に○をつけてください。 ・身体障害者手帳　１級　・　２級　　・　療育手帳Ａ判定 ・精神障害者保健福祉手帳１級			
	手帳番号	兵庫県・兵東加・（　　）　第　　号			

届出者（申請者本人が届け出る場合には、本欄の記入は不要です。）

届出者	フリガナ		区分	□ 代理人　□ 代行者　（□ 代筆）
	氏名		申請者との関係	
	住所	□ 対象者・児の住所に同じ(ﾁｪｯｸで省略可)		
	電話番号	□ 対象者・児の電話番号に同じ(ﾁｪｯｸで省略可) ―　―		

＊市記入欄

交付番号			交付枚数	４８枚－　　枚＝　　枚		
確認欄	手帳		所得税		確認者	