

様式第2号（第4条関係）

年 月 日

障害者福祉タクシー助成券交付申請書

さぬき市長 殿

申請者 住所 さぬき市
氏名
(代理人申請の場合)
代理人氏名

さぬき市障害者福祉タクシー助成券の交付を受けたいので、さぬき市障害者福祉タクシー助成事業実施要綱第4条の規定により申請します。

なお、交付要件を確認するため、私の所得の状況について、地方税法の規定に基づく課税台帳により確認することに同意します。

申請者本人	氏名		生年月日	年 月 日
	住所	さぬき市 番地 (アパート・マンション名 号室)		
	電話番号			
	障害者手帳の状況	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 第 号 (<input type="checkbox"/> 1級・ <input type="checkbox"/> 2級・ <input type="checkbox"/> 1級(慢性透析療法実施)) <input type="checkbox"/> 療育手帳(A)判定 第 号 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳(1級) 第 号 (認定の有効期限 年 月 日)		
交付希望方法及び場所	(希望するものに✓を付けてください。) <input type="checkbox"/> 窓口 (<input type="checkbox"/> 障害福祉課(寒川庁舎) <input type="checkbox"/> 生活環境課(本庁)) (<input type="checkbox"/> 津田出張所 <input type="checkbox"/> 大川出張所 <input type="checkbox"/> 長尾出張所) <input type="checkbox"/> 郵送 → 切手を貼付した返信用封筒を添付してください			

●代理申請を行う場合に申請者本人が記入し、署名してください。

代理人	氏名	住所
	(申請者との続柄)	電話番号 ()
上記の者を代理人として、障害者福祉タクシー助成券の交付申請に関する権限を委任します。 申請者本人氏名 (自署)		

※本人確認
免 パ 個 住 保
その他()