

様式第1号（第4条関係）

玉城町高齢者・重度身体障害者リフト付タクシー料金助成券交付申請書

年 月 日

（宛先）玉城町長

次のとおり、玉城町高齢者・重度身体障害者リフト付タクシー助成券の交付を申請します。

なお、私は、玉城町高齢者・重度身体障害者リフト付タクシー助成券の資格要件のために必要があるときは、私の町民税の課税状況、障害者手帳、介護認定状況等を調査することに同意します。

利 用 者	フリガナ		生年月 日	年 月 日
	氏 名			
	住 所	玉城町		
	電話番号		— —	
(窓口に 来た方) 申 請 者	※対象者本人が申請する場合は、記入不要です。代理人が申請する場合は、以下記入してください。			
	フリガナ		続 柄 (利用者から見て)	
	氏 名			
	住 所			
電話番号		— —		
確認事項		☐ 私は、施設に入所していません ☐ 私の世帯は、町民税の非課税世帯です		
身体状況及びその状 況に至った理由		該当する方にチェックしてください	(理由) 必ず記入してください	
		☐ 寝たきり ☐ 歩行全介助		
要介護認定		受けていない ・ 要支援 1 ・ 要支援 2 ・ 要介護 1 ・ 要介護 2 ・ 要介護 3 ・ 要介護 4 ・ 要介護 5		
身体障害者手帳		手帳番号	三重県 第 号	
		障害名	下肢・体幹・移動 1・2・3級	
玉城町重度障害者タ クシー料金助成		☐ 受けていない ☐ 受けている（残数をもとに当該利用券に交換）		

※町記入欄

課税状況	課税・非課税		
交付年月日	年 月 日	交付取扱者	
交付番号		交付枚数	