

様式第 1 号（第 3 条関係）

玉城町高齢者及び重度心身障害者タクシー料金助成券交付申請書

申請日 年 月 日

（宛先）玉城町長

次のとおり、玉城町高齢者及び重度心身障害者タクシー料金助成券の交付を申請します。
なお、私は、玉城町高齢者及び重度心身障害者タクシー料金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	— —	
(窓口にきた方) 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			
自動車税又は軽自動車の減免	☐ 受けてない ☐ 受けているが、当該自動車又は軽自動車を所有していない ☐ 受けており、当該自動車又は軽自動車を所有している			
要介護認定	受けていない・要支援 ()・要介護 ()			
障害手帳番号	第 号			
障害等級・障害名	身体障害者手帳	下肢・体幹・移動	1・2・3 級	
		視覚	1・2 級	
		内部	1 級	
	療育手帳	A 1・A 2・B 1・B 2		
	精神障害者保健福祉手帳	1・2・3 級		
玉城町高齢者及び重度身体障害者リフト付きタクシー利用支援事業	☐ 受けていない			

※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	