

令和 8 年度福祉タクシー利用券交付申請書

令和    年    月    日

那須塩原市長    様

福祉タクシー利用券の交付を受けたいので、那須塩原市福祉タクシー料金助成事業実施要綱第 5 条の規定により、次のとおり申請します。

また、タクシー利用券の交付申請に当たり、本申請書の提出をもって、次の事項に同意します。

- 1    手帳情報を確認した結果、等級変更、有効期間満了その他の事由により交付対象外となる場合は、タクシー利用券を交付しないことを了承するとともに、一切の異議を申し立てないこと。
- 2    偽りその他不正の行為により利用券の交付を受けたとき、又は利用券を対象者以外の者に使用させたときは、利用券相当額の全部又は一部を返還すること。

申請者氏名 (手帳所持者)			
申請者住所		〒	
申請者生年月日		申請者 電話番号	日中連絡が取れる番号を記載
手帳種別及び手帳番号 ※手帳交付が栃木県以外の場合 (    ) に 県名等記載		障害等級	有効期限等 ※有効期限が過ぎている方は対象外になります。
身体障害者 手帳	栃木県 (    ) 第    号	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級	<input type="checkbox"/> 再認定の時期なし <input type="checkbox"/> 再認定の時期あり (令和    年    月) <input type="checkbox"/> 手帳更新中
療育手帳	栃木県 (    ) 第    号	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> 必要に応じて <input type="checkbox"/> 次期判定日あり (令和    年    月) <input type="checkbox"/> 手帳更新中
精神障害者 保健福祉手帳	栃木県 (    ) 第    号	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級	有効期限 (令和    年    月    日) <input type="checkbox"/> 手帳更新中
封筒やタクシー券に点字シールの貼付を希望する場合は、チェックを付けてください。			<input type="checkbox"/> 希望する

上記以外の住所へ福祉タクシー利用券の送付を希望する場合のみ記入してください。また、送付先に代理人等の住所を指定する場合、代理人等の氏名、関係及び電話番号も記入してください。

送付先 住所等	〒		
	フリガナ		代理人等 電話番号
	代理人等氏名		
	申請者との関係	<input type="checkbox"/> 妻・夫 <input type="checkbox"/> 父・母 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他 (    )	

市記載欄

<input type="checkbox"/> 交付要件確認 (可・否)	<input type="checkbox"/> 交付台帳入力	申請方法 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 窓口	受付窓口 <input type="checkbox"/> 本 <input type="checkbox"/> 西 <input type="checkbox"/> 塩 <input type="checkbox"/> 箒	備考	No.①	受付印
<input type="checkbox"/> 身体 (    ) 級    (R    年    月)		交付対象数 (    ) か月				
<input type="checkbox"/> 療育 (    )    (R    年    月)						
<input type="checkbox"/> 精神 (    ) 級    (R    年    月    日)						
					No.②	