

栗東市重度心身障害者(児)等自動車燃料費・福祉タクシー運賃助成申請書

年 月 日

栗 東 市 長 様

申請者 住 所 栗東市

氏 名 印

(助成対象者との続柄)

(電話 -)

(いずれか一つに○印をつけてください。)

(**自動車燃料費** **福祉タクシー運賃**) の助成を受けたく、次のとおり申請します。

助 成 対 象 者	氏 名	生年 月 日	年	月	日	
	住 所		年 齢	歳		
	手帳交付年月日	年 月 日	交付番号	第	号	
	手帳種類・等級 ※入院中の方・施設入所されている方は、対象となりません。	身体障害者手帳	1 級	2 級		
		※腎臓機能障がいの方は以下もご記入ください。 () 人工透析 医療機関名 () 通院 週 回 () 腹膜透析 () 透析は受けていない				
療育手帳	A1	A2				
	精神障害者保健福祉手帳	1 級				

福祉医療費助成番号

承 諾 書

栗東市重度心身障害者(児)等自動車燃料費・福祉タクシー運賃助成対象者決定にあたり、助成対象者及び世帯員・扶養義務者について、住民基本台帳、所得税及び市県民税に関する課税台帳等並びに生活保護受給状況について、栗東市障がい福祉課職員が閲覧することを承諾します。

栗東市長 様 年 月 日

申請者 住 所

氏 名 印

市役所使用欄

交付決定	可 一般 腎臓	不可 (所得超過 障害要件 その他)
	助成券番号 第 号	