

枚方市福祉タクシー基本料金助成利用券 交付申請書 兼 税に関する調査同意書

枚方市長

年 月 日

申請者
(窓口に来られた方)

氏名 _____

日中つながる
電話番号 _____

(FAX番号) _____

 手帳所持者と同じ

住所 _____

 手帳所持者と同じ

本人との関係 _____

<身分証明書確認> マイナンバーカード運転免許証 健康保険証 障害者手帳その他 () _____

下記の通り、枚方市福祉タクシー基本料金助成事業実施要綱第6条の規定により申請します。扶助費の受領については、タクシー事業所に委任します。また、利用券の交付に必要な税に関する同一世帯全員の賦課税徴収資料の調査に同意します。

手帳所持者	ふりがな		生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日
	氏名			
	住所			
	障害区分	身体障害者手帳 1級・2級・療育手帳 A・精神障害者保健福祉手帳 1級		
	確認事項	施設に入所していますか。 <input type="checkbox"/> はい (施設名:) ・ <input type="checkbox"/> いいえ ※「はい」の方はタクシーチケットをお受け取りできません。 ※施設とは障害者支援施設、特別養護老人ホーム、老人保健施設のいずれかです。 ※グループホーム、軽費老人ホーム(ケアハウス)、有料老人ホーム、サービス付高齢者専用住宅は 施設とは見なしませんので、「いいえ」にしるしをつけてください。 今年度の申請ははじめてですか。 <input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ (障害者・高齢) ※「いいえ」の方はタクシーチケットをお受け取りできません。		
受領書				
受領日	令和 年 月 日			
枚方市福祉タクシー基本料金助成利用券を受領しました。				
受取人氏名 _____				

-----下記記入不要-----

確認者					
市民税所得割額	円 世帯の最多市民所得割額 該当者が、12万円以下か				
利用券番号	No.20 -	枚
備考					

月	枚数	月	枚数
4月	24枚	10月	12枚
5月	22枚	11月	10枚
6月	20枚	12月	8枚
7月	18枚	1月	6枚
8月	16枚	2月	4枚
9月	14枚	3月	2枚