**様式第１号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 障 害 者 用（郵送申請）**

年　 月 　日

**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

枚方市福祉タクシー基本料金助成事業実施要綱第6条の規定に基づき、下記のとおり申請します。

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。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　請　者 | ふりがな |  | 本人との続柄 | □本人□上記以外（　　　 　　） |
| 氏 名 | 　　 |
| 住 所 | 　 |
| 連絡先（日中つながる電話番号又はFAX番号） |  |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 手帳所持者 | **※氏名、住所が「申請者」と同じ場合は、****☑を付けることで記入が不要となります。** | 手帳番号 | **※必ず記入してください** |
| ふりがな氏 名 | **□申請者と同じ** | 生年月日 | 大正・昭和・平成・令和年　　　月　　　日 |
| 住 所 | **□申請者と同じ** |
| 障害区分 | 該当する手帳に☑を付けてください。**□ 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（該当する方　　に☑を付けてください） | ①現在、施設(※)に入所していますか。 **□ はい**（施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　**□ いいえ**※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して扱いませんので、「いいえ」に☑を付けてください。**上記①の「はい」に☑が付いた方は当事業の対象者とはなりません。** |
| ②今年度の申請ははじめてですか。**（利用券の交付は年度につき1回です）**　**□　はい**　　　　　　　**□　いいえ（障害者・高齢）****上記②の「いいえ」に☑が付いた方は、今年度の助成利用券の交付はありません。** |
| ③利用助成券はどちらに送付しますか。**（☑のない場合は手帳所持者住所へ送付します）****□　手帳所持者住所**　　**□　申請者住所** |
| 所得要件 | 市による確認の結果、**世帯の生計の中心となる方の住民税所得割額が１２万円を超える方は当事業の対象者とはなりません。** |

**※**助成利用券の発行枚数については、申請書が担当課に到着した日の属する月を基準月とします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基準月** | **４月** | **５月** | **６月** | **７月** | **８月** | **９月** | **10月** | **11月** | **12月** | **１月** | **２月** | **３月** |
| 発行枚数 | 24枚 | 22枚 | 20枚 | 18枚 | 16枚 | 14枚 | 12枚 | 10枚 | 8枚 | 6枚 | 4枚 | 2枚 |

**※**提出いただいた申請書の審査後、簡易書留郵便にて助成利用券を発送します（却下の場合もその旨を連絡します）。なお、発送までに一定の期間を要しますので、ご了承の程よろしくお願いいたします。

【提出先】枚方市役所　福祉事務所　障害企画課