

交付番号

交付枚数

様式第1号（第4条関係）

タクシー利用券交付申請書

年 月 日

那珂市長 様

申請者 住 所

氏 名

電話番号

対象者との続柄 （ ）

次のとおり、タクシー利用券を申請します。

交付期間	4月～6月 (48枚)	7月～9月 (36枚)	10月～12月 (24枚)	1月～3月 (12枚)
------	----------------	----------------	------------------	----------------

※人工透析治療者は倍の枚数を交付します。

対 象 者 氏 名			
対象者住所			
交 付 要 件	身体障害者手帳 第 号、1・2・3・4・5級 療 育 手 帳 第 号、 <u>A</u> ・A・B 精神障害者保健福祉手帳 第 号、1級・2級 要 介 護 度 1・2・3・4・5 難 病 等 病名〔		
対 象 者 の 状 況	1 在宅 2 入所（施設名： ）		
自動車 の 有	対象者本人： 有 ・ 無	対象者の家族： 有 ・ 無	
自動車税 等の減免	有 ・ 無	減免申請した 手帳の所持者〔	
利 用 目 的	希望枚数： （人工透析： 有 ・ 無 ）		
調 査 同 意	以上のことについて、相違がなく、必要があると認められる場合、自動車 税等の減免について申請先機関に調査をかけることに同意します。 ☐ はい ☐ いいえ		

〈市記入欄〉

決 裁	課長	課長補佐（総括）	グループ長	グループ員