

守山市心身障害者社会参加促進助成事業申請書

守山市長あて

年 月 日

| | | |
|--------|---------|----------------------|
| 申請に来た人 | 住 所 | |
| | 氏 名 | (印) ※自署の場合は押印省略可 |
| | 対象者との続柄 | 本人・配偶者・父・母・子・その他 () |
| | 電 話 番 号 | — — |

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

| | | | | |
|---------|---|--|---------|-----|
| 助成対象者 | 住 所 | 守山市 | | |
| | 氏 名 | | | |
| | 生 年 月 日 | 年 月 日 | 年 齢 | 歳 |
| | 手帳交付年月日 | 年 月 日 | 交 付 番 号 | 第 号 |
| | 手 帳 の 種 類 | <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (1級・2級) <input type="checkbox"/> 療育手帳 (A) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 (1級) | | |
| | 障 害 内 容 | 視覚・聴覚・上肢・下肢・体幹・心臓・腎臓・呼吸・膀/直・知的・精神・その他 | | |
| | 対 象 者 の 区 分 | <input type="checkbox"/> 本人運転 <input type="checkbox"/> 生計同一者運転 (生計同一で減免の方のみ) ※自家用自動車燃料費の申請者のみ記入 | | |
| 受 領 確 認 | 福祉タクシー運賃・自家用自動車燃料費 第_____号 ・ _____冊 (_____枚) を確かに受領しました。 _____年 月 日 _____氏名 _____(印) ※自署の場合は押印省略可 | | | |

----- 処 理 欄 -----

| | | | | | |
|----------------|-----|--------|--|----|------|
| ①車減免必須 (燃料費のみ) | | ④手帳へ記入 | | 備考 | 受付担当 |
| ②透析週3以上=タクシー2冊 | 有・無 | ⑤制度の説明 | | | |
| ③押印2か所 | | ⑥枚数確認 | | | |