

別記様式（第3条関係）

記載例

糸島市福祉タクシー利用券交付申請書兼台帳

記入日 令和 年 月 日

糸島市長 様

記入者

申請者 住 所

氏 名

電 話

利用者（障がい者本人）

糸島市福祉タクシー利用券の交付を申請します。助成事業実施規程第3条の規定により、糸島市福祉タクシー利

どちらかに○を記入

利用者	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	施 設 所 有 ・ 無
	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	個人番号
	私（利用者）は、 調査されることに同意します。		印

利用者（障がい者本人）

手帳の種類	手帳番号	交付年月日	障害名・等級
身体障害者手帳	第 号	年 月 日	<input type="checkbox"/> 視覚障害 1・2 級
			<input type="checkbox"/> 肢体不自由 1・2 級
			<input type="checkbox"/> 心臓の機能障害 1 級
			<input type="checkbox"/> じん臓の機能障害 1 級
			<input type="checkbox"/> 呼吸器の機能障害 1 級
			<input type="checkbox"/> ぼうこうの機能障害 1 級
			<input type="checkbox"/> 直腸の機能障害 1 級
			<input type="checkbox"/> 小腸の機能障害 1 級
療育手帳	第 号	年 月 日	<input type="checkbox"/> ヒト免疫不全ウイルスによる 免疫の機能障害 1 級
			<input type="checkbox"/> 肝臓の機能障害 1 級
療育手帳	第 号	年 月 日	<input type="checkbox"/> A・A1・A2・A3
精神障害者保健 福祉手帳	第 号	年 月 日	<input type="checkbox"/> 1 級 (有効期限 令和 年 月 日)

市記入欄

課税状況確認 該当・非該当