

様式第1号

重度障害者福祉タクシー料金助成申請書

年 月 日

摂津市長様

申請者 住所
氏名
電話番号
対象者との続柄 ()

摂津市重度障害者福祉タクシー料金助成事業実施要綱第3条の規定により、必要書類を添えて申請します。

なお、以後タクシー利用料金助成に関し所得等の確認が必要な場合は、担当職員が市民税課税台帳等により確認することを承諾します。

対象者	住所			
	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名			
	手帳の区分及び障害の程度 (該当する番号を○で囲んでください。)	1 身体障害者手帳1級又は2級 2 療育手帳A判定 3 精神障害者保健福祉手帳1級		
居住状況 (該当する番号を○で囲んでください。)	1 在宅 2 施設等入所 (施設等名称:) ※ 3 入院			

※本市以外に居住されている場合は、タクシーチケットの交付対象外です。

生計中心者の市町村民税所得割額	円
-----------------	---

★ 生計中心者の申請年度(4月から6月までの間に申請する場合は、その前年度)における市町村民税所得割額。生計中心者が賦課期日現在、本市に居住していない場合は、居住地の市町村の課税証明書を添付。

☆所得制限 (該当する・該当しない) ☆施設入所 (該当する・該当しない)

決裁	課長	課長代理	係長	係	利用券番号	号
					利用券交付日	年 月 日