

様式第1号(第4条関係)

年 月 日

愛南町長 様

申請者住所 愛南町

氏名 ⑩

電話番号

(※本人自署の場合は押印省略可)

愛南町障がい者(児)タクシー利用申請書

愛南町障がい者(児)タクシー利用助成事業実施要綱第4条第1項の規定によりタクシーの利用を申請します。

記

| | | |
|---|---|--|
| 利用者の住所 | 愛南町 | 番地 |
| 利用者の氏名 | | |
| 生年月日 | 年 | 月 日 |
| 申請要件 | 身体障害者手帳総合等級 | <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 |
| | 身体障害者手帳個別等級3級 | <input type="checkbox"/> 体幹 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 呼吸器 |
| | 療育手帳 | <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B |
| | 精神障害者保健福祉手帳 | <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 |
| | <input type="checkbox"/> 自ら原動機付き自転車を含む2輪車又は自動車を運転しない(18歳未満の者においては、保護者が自動車を運転しない。) | |
| <input type="checkbox"/> 愛南町福祉タクシー条例(令和5年愛南町条例第11号)の規定による助成を受けていない。 | | |
| 備考 | | |