

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		