

記入例

送付先変更希望欄

五

タクシー券の送付先が対象者以外であるとき、また、対象者の住所以外へ郵送を希望される場合のみご記入ください。

※対象者以外が受取人の場合は受取人の本人確認書類のコピーを添付してください。

※ 受取人が対象者本人以外の場合は、
受取人の本人確認書類のコピーの提出が必要です。

令和 6 年度(2024 年度) 熊本市障がい者福祉タクシー利用券交付申請書

令和 6 年 2 月 15 日

熊本市長(宛)

申請者

住 所 熊本市中央区手取本町 1-1

ふりがな くもと たろう

氏 名 熊 本 太 郎

代理申請の場合は
代理人の住所、
氏名等をご記入
ください。

生年月日 明・大・**昭**平・令 55 年 1 月 1 日

対象者(障がい者)との続柄 夫

電話番号 090 (1234) 5678

熊本市障がい者福祉タクシー事業要綱第5条の規定に基づき、次のとおり利用券の交付を申請します。
この申請に対する決定において、タクシー料金助成の支給に必要な課税情報等について調査されることに異議ありません。

対 象 者	氏 名	熊 本 花 子
	生 年 月 日	明・大・ 昭 平・令 55 年 11 月 11 日
	住 所	熊本市 中央区手取本町 1-1
申請者と同一人の 場合は記載不要	電 話	090 (2345) 6789
	手 帳 番 号	熊 本 県 / 市 第 12345 号
	交 付 日	昭和 / 平成 / 令和 3 年 11 月 11 日
手 帳 状 況	等 級 ・ 程 度	身1級 / 身2級 / 療A1 / 療A2 / 精1級 / 精2級
	利 用 券	☒ 令和 5 年度と同一の券種を希望 → 令和 5 年度と異なる券種を希望する場合は、①に②に○をつけて下さい。 ① 福祉タクシー利用券 ② リフト付タクシー利用券 (患者等輸送タクシー)

※ 令和 5 年度と同じ券種を希望される場合は「令和 5 年度と同一の券種を希望」に
✓をお願いします。

A2、精神障害者保健福祉手帳1・2級

(患者等輸送タクシー)のみで利用でき、普通のタクシーでは使えません。

タクシー券番号

交付枚数

① 40枚 / 30枚 / 20枚 / 10枚

② 35枚 / 27枚 / 18枚 / 9枚

※ 確認事項

手帳
(等級)

手帳
(有効期限)

住民票

所得税

生活保護

利用券

枚数

交付

ここには何も記入しないでください。

※ 年 月 日 利用券交付