

様式第 1 号（第 5 条関係）
熊本市障がい者福祉タクシー利用券交付申請書

年 月 日

熊本市長（宛）

申請者

住 所

ふりがな

氏 名

生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日

対象者（障がい者）との続柄

電話 ()

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、次のとおり助成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	申請者と同一人の場合は記載不要	
	氏名	
	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日
	住所	熊本市
	電話番号	()
手帳状況	手帳番号	県 / 市 第 号
	交付日	昭和 / 平成 / 令和 年 月 日
	等級	身 1 級 / 身 2 級 / 療 A 1 / 療 A 2 / 精 1 級 / 精 2 級
利用券	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)	

裏面も記載してください。

<<注意>>
対象者：身体障害者手帳 1・2 級、療育手帳 A 1・A 2、精神障害者保健福祉手帳 1・2 級
条 件：本人が所得税非課税であること
※ ② リフト付タクシー利用券は、リフト付タクシー（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 4 0 枚 / 3 0 枚 / 2 0 枚 / 1 0 枚
		② 3 5 枚 / 2 7 枚 / 1 8 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

※ 年 月 日 利用券交付

様式第 1 号裏面（第 5 条関係）

熊本市障がい者福祉タクシー利用券受領書

熊本市障がい者福祉タクシー利用券を受領しました。

年 月 日

氏 名 _____

(受領者が対象者本人以外の場合)

代理受領者氏名 _____

続柄 ()