

送付先変更希望欄

〒

住所

宛名

連絡先

※ 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8年度(2026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 年 月 日

熊本市長(宛)

申請者

住所

ふりがな

氏名

生年月日 大・昭・平・令 年 月 日

対象者(障がい者)との続柄

電話番号 ()

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。
障がい者福祉タクシー助成の申請に係る事実についての審査に関する事務手続きを行うために限って、
タクシー料金助成の支給に必要な課税情報等を確認するために、地方税関係情報を公簿等(個人番号を
利用した市町村間情報連携を含む)により確認することに同意します。

対象者	氏名	
	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日
	住所	熊本市 区
申請者と同一人の 場合は記載不要	電話番号	()
	手帳番号	県 / 市 第 号
手帳状況	交付日	昭和 / 平成 / 令和 年 月 日
	等級・程度	身1級 / 身2級 / 療A1 / 療A2 / 精1級 / 精2級
利用券	<input type="checkbox"/> 令和7年度と同一の券種を希望 ➔ 令和7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(患者等輸送)タクシー利用券	

《注 意》

対象者： 身体障害者手帳1・2級、療育手帳 A1・A2、精神障害者保健福祉手帳1・2級

条件： 本人が市町村民税非課税であること

※ ②リフト付(患者等輸送)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 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	市町村民税	生活保護	利用券	枚数	交付

※ 年 月 日 利用券交付