

記入例

送付先変更希望欄

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同封してください。

※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 8 年 2 月 13 日

熊本市長(宛)

申請者

住所 熊本市中央区手取本町1-1

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。

ふりがな くまもと たろう
氏名 熊本 太郎

生年月日 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	熊 本 花 子
	生年月日	大・昭・平・令 55 年 11 月 11 日
申請者と同一人の場合は記載不要	住所	熊本市 中央 区 手取本町1-1
	電話	090 (2345) 6789
手帳状況	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
	等級・程度	(身1級) / 身2級 / 療A1 / 療A2 / 精1級 / 精2級
利用券	<input checked="" 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: ※ 令和7年度と同じ券種を希望される場合は「令和7年度と同一の券種を希望」に✓を
条件: ※ ②リフト付(患者等輸送)のみで利用で
※ ②リフト付(患者等輸送)のみで利用で

保健福祉手帳1・2級

(患者等輸送タクシー)のみで利用で

※確認事項	タクシー券番号	交付枚数	① 40枚 / 30枚 / 20枚 / 10枚
	手帳(等級)	手帳(有効期限)	② 35枚 / 27枚 / 18枚 / 9枚
※ここには何も記入しないでください。			
※	年 月 日	利用券交付	枚数 交付