

名取市福祉タクシー利用券等交付申請書（重度障がい者・拡充）

名取市長 へ

名取市福祉タクシー利用券等の交付を申請します。

申請者	住所	名取市
	氏名	
	生年月日	(大・昭・平・令) 年 月 日
	電話番号	
代理人	住所	※申請者と住所が同じ場合は記入不要です。
	氏名	申請者との続柄 ()
	電話番号	
券種別	<input type="checkbox"/> イクスカチャージ券 <input type="checkbox"/> なとりん号・なとりんくる共通回数乗車券 <input type="checkbox"/> タクシー利用券 <input type="checkbox"/> 自動車燃料費助成券	
対象区分	身体障害者手帳所持者 1・2級 障害の部位(上肢・下肢・) 手帳番号第 号	

・自動車税の減免の対象となる車が ある ない

減免対象の自家用車ナンバー(宮城 - -)

名取市福祉タクシー利用券等にかかる同意書兼受領書

【同意事項】

- 万一紛失、盗難などがあっても、有効期間内の再発行ができないことを理解しています。
- 利用券等は、申請者本人以外には利用できないことを理解しています。
- 名取市以外の市区町村に転出、死亡等で助成資格がなくなった場合は、利用券等を返還します。
- 不正利用が発覚した場合は、利用券等を返還します。

同意事項を確認したうえで、上記のとおり申請し受領いたしました。

受領日： 令和 年 月 日

※上記に✓を入れ、受領日をご記入ください。

(以下、記入不要)※市処理欄

<input type="checkbox"/> 共通回数券	2冊 × ___月/12月 = ___冊	NO. _____
<input type="checkbox"/> イクスカチャージ券	2枚 × ___月/12月 = ___枚	NO. S- _____
<input type="checkbox"/> タクシー券	24枚 × ___月/12月 = ___枚	NO. _____
<input type="checkbox"/> 燃料費助成券	12枚 × ___月/12月 = ___枚	NO. _____

申請者本人確認欄 <input type="checkbox"/>	代理人確認欄 <input type="checkbox"/>	台帳処理年月日	令和 年 月 日	確認者
--------------------------------------	------------------------------------	---------	----------	-----