

※赤枠の箇所のみ記入してください。

様式第2号（第5条関係）

# 障がい者タクシー料金助成利用券交付申請書

令和 年 月 日

長久手市長

利用者の住所・氏名・  
電話番号を記入して  
ください。

※郵送申請では利用者様以  
外の申請は受付けることがで  
きません。

申請者  
住所  
氏名

(利用者との続柄 )  
(電話 - )

利用者の氏名・手帳内  
容を記入してくださ  
い。

手帳内容については、  
該当する等級に○を  
つけてください。

タクシー料金助成利用券の交付を次のとおり申請します。

氏名	長久手 ひかる		<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	T S <input checked="" type="checkbox"/> R 1年 2月 3日
手帳内容	身体障害者手帳	第 ○○○○○○ 号			1級 ・ 2級 <input checked="" type="checkbox"/> 3級 ( <input checked="" type="checkbox"/> 下肢 ・ 体幹 )
	療育手帳	第 号			A判定 ・ B判定
	精神障害者 保健福祉手帳	第 号			1級 ・

各項目にレ点を記入  
してください。

※1つでも該当しない場合  
は、交付を受けることができ  
ません。

長久手市に在住 住民基本台帳 手帳の所管：長久手市

すべて記入後、下記の2点を同封のうえ、長久手市役所福祉課までご郵送ください。

○障がい者手帳の写し（手帳番号及び等級等がわかる場所）

○返信用封筒（300円分の切手を同封してください。）

送付先：〒480-1196 長久手市岩作城の内60番1

長久手市役所福祉課障害福祉係 宛

領印

台帳入力済

受付者

台帳入力者

確認者