

様式第1(第5条関係)

江南市福祉タクシー料金助成申請書

年 月 日

江南市長

申請者 住 所 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

フリ ガナ  
氏 名 \_\_\_\_\_

助成対象者との続柄 本人 ・ 配偶者 ・ 子 ・ 子の配偶者・父・母  
その他( )

電話番号 \_\_\_\_\_

下記のとおり申請します。

|                    |                                                                                                          |                          |                  |                 |    |        |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------------------|-----------------|----|--------|
| 助 対<br>象 者         | 住所                                                                                                       | 1. 申請者と同じ<br>2. それ以外 江南市 |                  |                 |    |        |
|                    | フリガナ<br>氏 名                                                                                              | 1. 申請者と同じ 2. それ以外        | 生年月日             | 年 月 日           | 性別 | 男 ・ 女  |
|                    |                                                                                                          |                          | 個人番号             |                 |    |        |
| 申<br>請<br>事<br>由   | 1 身体障害者手帳 1級 ・ 2級 ・<br>下肢又は体幹 3級<br>2 療育手帳 A ・ 同等の手帳<br>3 精神障害者保健福祉手帳 1級<br>4 戦傷病者<br>5 原爆被爆者<br>6 85歳以上 |                          | 手<br>帳<br>番<br>号 | 愛知県<br>愛一宮児 第 号 |    |        |
| 備考                 |                                                                                                          |                          |                  |                 |    |        |
| タクシー 券 番 号 : _____ |                                                                                                          |                          |                  |                 |    | 受<br>付 |

※処理欄

|     |                          |          |                                                                  |
|-----|--------------------------|----------|------------------------------------------------------------------|
| 申請者 | <input type="checkbox"/> | 身元確認書類   | 運転免許証(運転経歴証明書)、個人番号カード、介護保険支援専門員証、障害者手帳、住基カード(写真あり)、その他( )       |
|     |                          |          | 介護保険被保険者証、介護保険負担割合証、医療保険限度額・負担額減額認定証、資格確認書、診察券、その他( )<br>※2点以上必要 |
| 対象者 | <input type="checkbox"/> | 身元確認書類   | 運転免許証(運転経歴証明書)、個人番号カード、障害者手帳、住基カード(写真あり)、その他( )                  |
|     |                          |          | 介護保険被保険者証、介護保険負担割合証、医療保険限度額・負担額減額認定証、資格確認書、診察券、その他( )<br>※2点以上必要 |
|     | <input type="checkbox"/> | 個人番号確認書類 | 個人番号カード、通知カード(ただし氏名、住所などが住民票と一致している場合)、その他( )                    |