

吹田市重度障害者福祉タクシー利用券交付申請書

令和 年 月 日

吹田市長 宛

申請者 住所 _____

氏名 _____

電話番号 () _____

重度障害者福祉タクシー利用券の交付を下記のとおり申請します。
 なお、同利用券の交付のため、市府民税課税台帳により下記対象者世帯の所得を調査することについて承諾します。

記

対 象 者	住 所	吹田市				
	ふ り が な		性 別	男 ・ 女		
	氏 名					
	生 年 月 日	大正 昭和 平成 令和	年	月	日	
	障 害 種 別	<input type="checkbox"/> 視覚	<input type="checkbox"/> 肢体	<input type="checkbox"/> 内部	<input type="checkbox"/> 知的	<input type="checkbox"/> 精神
	手帳番号等	第	号	<input type="checkbox"/> 1級	<input type="checkbox"/> 2級	<input type="checkbox"/> A
	施設入所状況	<input type="checkbox"/> 入所していない	<input type="checkbox"/> 入所している			

※市記入欄

<input type="checkbox"/> 所得確認済 <input type="checkbox"/> 税システム <input type="checkbox"/> (非)課税証明書等 ※世帯全員分 <input type="checkbox"/> その他()	確認者	チケット番号
---	-----	--------