

厚木市福祉タクシー利用券・ガソリン購入券交付申請書

令和 年 月 日

(宛先) 厚木市長

1. 次のとおり申請します。太枠の中だけ御記入ください。

|       |                |                                                                                             |
|-------|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| 手帳所持者 | 住 所            | 厚木市                                                                                         |
|       | フリガナ           |                                                                                             |
|       | 氏 名            |                                                                                             |
|       | 生年月日           |                                                                                             |
|       | 電話番号           |                                                                                             |
|       | 在宅要件<br>(該当に☑) | <input type="checkbox"/> 在宅<br><input type="checkbox"/> 施設入所中(施設名称： )<br>※施設入所中の方は対象外となります。 |

2. 券種別を選択してください。対象者一人につき1種類(該当に☑)

|                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> タクシー利用券<br>※来年度以降自動更新<br>(申請書不要)              | <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳1級・2級の方<br>(視覚障がい、じん臓機能障がいの方は3級まで対象)<br><input type="checkbox"/> 療育手帳A1・A2(知能指数35以下)の方<br><input type="checkbox"/> 身体障害者手帳3級で療育手帳B1(知能指数36～50)の方<br><input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳1級の方<br><input type="checkbox"/> 障害福祉サービス受給者証の障害種別5(難病)で<br>障害支援区分のある方 |
| <input type="checkbox"/> 自己運転ガソリン購入券<br>※運転する方、車所有者が本人                 | <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳1級・2級・3級の方<br>(視覚障がいのうち、視力障がいの方を除く)                                                                                                                                                                                                                            |
| <input type="checkbox"/> 家族運転ガソリン購入券<br>※運転する方、車所有者が本人<br>又は生計を同じくする家族 | <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳1級・2級の方<br>(視覚障がい、じん臓機能障がいの方は3級まで対象)<br><input type="checkbox"/> 療育手帳A1・A2(知能指数35以下)の方<br><input type="checkbox"/> 身体障害者手帳3級で療育手帳B1(知能指数36～50)の方                                                                                                               |

3. 自動車ガソリン購入券申請の方

|                                                                |                                                            |          |                                                            |  |  |
|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|----------|------------------------------------------------------------|--|--|
| 自動車登録番号                                                        | 【記入例】相模 ○○○ あ △△△△                                         |          |                                                            |  |  |
| 所有者の氏名                                                         | <input type="checkbox"/> 本人<br><input type="checkbox"/> 家族 | 運転する方の氏名 | <input type="checkbox"/> 本人<br><input type="checkbox"/> 家族 |  |  |
| 同 意 書                                                          |                                                            |          |                                                            |  |  |
| 私は、厚木市福祉タクシー利用券・ガソリン購入券交付に係る審査に必要な障害者手帳の情報について確認することについて同意します。 |                                                            |          |                                                            |  |  |
| 令和 年 月 日 手帳所持者氏名                                               |                                                            |          |                                                            |  |  |

※以下について代理人申請の場合のみ御記入ください。

|       |  |           |    |
|-------|--|-----------|----|
| 申請者氏名 |  | 手帳所持者との続柄 |    |
| 住所    |  | 連絡先       |    |
| 券番号   |  | 枚数        | NO |

|                  |                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 注<br>意<br>事<br>項 | <p>① 券種別を変更したい場合は、速やかに変更届出書を提出してください。</p> <p>② 特別養護老人ホーム又は障害者支援施設等に入所している方は対象となりません。</p> <p>③ 他自治体の援護を受けている方は対象となりません。</p> <p>④ かなちゃん手形購入費助成、高齢者タクシー利用券との重複受給はできません。</p> <p>⑤ 券種の変更は年度内に1回限り可能です。</p> <p>⑥ 意図的に虚偽の申請をした場合は、不正受給として詐欺罪に問われる場合があります。</p> |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|