

福祉タクシー利用料金助成申請書

芦屋市長 宛

申請者（本人又は保護者）

住 所 芦屋市 町 番 号

氏 名

芦屋市福祉タクシー利用料金等助成事業実施要綱による助成を受けたいので下記のとおり申請します。
 なお、申請に必要な市税の賦課についての調査に同意します。

住所	〒 芦屋市 町 番 号	電話 番号	
フリガナ		生年 月日	T・S・H・R 年 月 日
氏名			
身体障害者手帳（1・2級）		療育手帳（A）	
<input type="checkbox"/> 兵阪南 <input type="checkbox"/> 兵庫県 <input type="checkbox"/> 県・市 第 号 昭・平・令 年 月 日 交付		兵庫県第 号 昭・平・令 年 月 日 交付	
精神障害者保健福祉手帳（1級）		受給者本人の現況	
兵庫県第 号 昭・平・令 年 月 日 交付		<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設入所（ ） <input type="checkbox"/> 入院中 ※在宅以外は申請不可です※	

----- 以下は記入しないでください -----

判定結果	確認欄		
<input type="checkbox"/> 助成する 月分 ～ 月分 枚	個人番号		
	所得金額		
<input type="checkbox"/> 助成しない 1 所得制限超過 2 その他（ ）	備考		確認欄
			窓口受付