年　　月　　日

　（宛先）高松市長

申請者　住所　高松市

　　　　　　　　　　　　　　（窓口に来られた方）

□身分証明書の確認済み

　（代理人申請の場合のみ）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　対象者との続柄（　　　　　　　　　　）

　　　　　電話番号

高松市障害者福祉タクシー助成券交付申請書

令和　年度において、次のとおり助成券の交付を受けたいので、高松市障害者福祉タクシー助成事業実施要綱第５条の規定により申請します。

なお、交付の申請に対する決定のため、助成対象者の属する世帯の状況について、地方税法の規定に基づく課税台帳（助成対象者が１８歳以上の者である場合に限る。）、住民票、障害者手帳、他市町村への照会等により確認されることを承諾します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 障害者  手帳の種類 | ・身 体　（・じん臓） | | ・療 育 | | ・精 神 | |
| 障害者  手帳番号 | 高松市・香川県・（　　　　）  第　　　　　号 | | | 車椅子の使用状況  身体の手帳を所持している方のみ選択 | □未使用  □車椅子  □電動車椅子  　　 （シニアカーは除く） | |
| 障害等級又は  障がいの程度 |  | | |
| 世帯状況  配偶者の有無を選択  □有　□無 |  | 助成対象者との続柄 | | 生年月日 | 年度市民税均等割　※ | 備考 |
|  | 本人 | | Ｍ・Ｔ・Ｓ・Ｈ・Ｒ  年　 　月　 　日 | 有・無・児 |  |
|  | 配偶者 | | Ｍ・Ｔ・Ｓ・Ｈ・Ｒ  年　 　月　 　日 | 有・無 |  |

※の欄は記入しないでください。

注１　世帯状況の欄は、次に掲げる対象者の区分に応じ、当該各号に掲げる方について記入してください。

1. 助成対象者が１８歳以上の場合は、助成対象者及びその配偶者
2. 助成対象者が１８歳未満の場合は、助成対象者のみ

２　市町村民税課税状況について、市外からの転入の場合等で、高松市に課税情報がない場合は、非課税証明書等を添付してください。

３　高松市障害者福祉タクシー助成事業実施要綱別表第１項第３号ウ又は同項４号ウに該当する助成対象者は、誓約書（様式第２号）を添付してください。

年　　月　　日

（宛先）高松市長

高松市障害者福祉タクシー助成券受領書

令和　年度の障害者福祉タクシー助成券を受領しました。

受領した　　　　　□身体１級　□身体２級　□じん臓１級

タクシー助成券　　□精神１級　□精神２級　□療育Ａ　□療育Ａ

の種類　　　　　　□車椅子　□電動車椅子

助成券番号　［№　　　　　　　］

住所　高松市

□申請者と同じ

（住所・氏名・電話番号省略可）

□身分証明書の確認済み

　（代理人受領の場合のみ）

　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 対象者との続柄（　　　　　　　　　　）

電話番号