


課長	係長	係		利用券番号	NO.
				交付年月日	令和 年 月 日

※ 太枠の中を記入してください。

令和8年度芦屋町福祉タクシー利用券交付申請書			
			令和 年 月 日
芦屋町長 殿			
申請者 (対象者)		ふりがな _____	
		氏 名 _____	
		生年月日	大正 昭和 平成 年 月 日
		住 所 芦屋町 _____	
		電話番号 _____	
手続きに来た人		氏 名 _____	
		住 所 <input type="checkbox"/> 上記と同じ _____	
		対象者との関係 () <input type="checkbox"/> 本人	
 該当する箇所へ☑をいれてください			
生活の場所	<input type="checkbox"/> 在宅	<input type="checkbox"/> 施設に入所(ショートステイ含む)	<input type="checkbox"/> 入院中
課税の状況	<input type="checkbox"/> 前年度非課税	<input type="checkbox"/> 生活保護	<input type="checkbox"/> 前年度課税
障害区分	手帳・受給者証	級	交付番号・受給者番号
	1. 身体障害者手帳		
	2. 療育手帳		
	3. 精神障害者保健福祉手帳		
	4. 特定医療費(指定難病)受給者証		
上記のとおり福祉タクシー利用券の交付を申請します。 なお、福祉タクシー利用券の申請につき、私または私の扶養義務者の町民税を調査されることに同意します。			

備 考	非課税・生保	じん臓機能障害(有・無)
注意事項		
※タクシー料金補助を受けることができる者は、本町に居住し、住民基本台帳に記載されている在宅の重度障がい者で、対象者(対象者が20歳未満の場合はその扶養義務者)の前年度の町民税が非課税の者		
※在宅とは、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(平成17年法律第123号)に規定する障害者支援施設等又はその他の法令等に基づく施設等に入所又は共同生活援助若しくは共同生活介護の利用又は医療法(昭和23年法律第205号)に規定する病院若しくは診療所に入院していない状態をいう。		