

令和 年 月 日

西川町長 菅野大志様

申請者 住所 西川町大字  
氏名  
電話番号

—

## 西川町心身障がい者福祉タクシー利用助成申請書

西川町心身障がい者福祉タクシー利用助成事業実施要綱第4条の規定により利用券の交付を申請します。なお、当該助成金の決定のために必要があるときは、申請者に係る課税状況等について閲覧することを承諾いたします。

## 記

手帳所持者	住所	西川町大字		
	ふりがな		性別	男・女
	氏名			
	生年月日	年 月 日		
身体障害者手帳	障害名			
	手帳番号		等級	級
療育手帳	手帳番号		障害程度	
精神障害者保健福祉手帳	手帳番号		等級	級
利用を希望するタクシーの種類		普通車・リフト付き車いす専用車・ストレッチャー車		
※町使用欄（この欄は記入しないでください。）				
町民税(所得割)課税状況等	課税 ・ 非課税			
その他の状況				
認定	可・不可（理由）			
利用者番号	利用者証交付年月日			交付枚数
認定第 号	年 月 日			枚