

様式第1号（第5条関係）

重度心身障害者タクシー料金割引乗車券交付申請書

年 月 日

（あて先）掛川市長

住 所  
申請者 氏 名  
本人との続柄  
電話番号又はFAX番号

重度心身障害者タクシー料金の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

住 所			
氏 名		生年月日	年 月 日生
身体障害者手帳番号	第 号	等級	級
療育手帳番号	第 号	程度	
精神障害者保健福祉手帳番号		等級	級
1 自動車税・軽自動車税の本人減免の有無			有 ・ 無
2 施設等への入所又は精神科病院に入院している。			該当 ・ 非該当
3 透析又はリハビリテーションの理由により、週3回以上医療機関に通院している。			該当 ・ 非該当
4 3に該当しており、主たる通院方法としてタクシーを利用している。			該当 ・ 非該当

（注）住所及び氏名は、明瞭に記入してください。

（市記入欄）

割 引 乗 車 券			
交付番号	第 号	交付年月日	年 月 日