

## 糸魚川市障害者交通費助成申請書

令和 年 月 日

糸魚川市長 様

申請者 住所 糸魚川市

氏名 (続柄 )

電話

## 1 対象者について

フリガナ 氏名	住所	糸魚川市		
種類	手帳番号又は 施設名	等級等	福祉事務所使用欄 (1~4及び6は10月以降 半額となる。)	
①身体障害者手帳	糸魚川市 西頸城郡 第 号	1 人工透析患者	距離20km以上	75,000円
			距離15km以上20km未満	60,000円
			距離10km以上15km未満	45,000円
			距離5km以上10km未満	30,000円
		2 1級 2級 3級		
②療育手帳	糸魚川市 西頸城郡 第 号	3 A	15,000円	
③精神障害者手帳	第 号	4 1級		
		5 2級・3級かつ通院医療受給	7,500円	
④作業所等通所		6 自宅と左施設との距離	10km以上	30,000円
			5km以上10km未満	15,000円
			2km以上5km未満	7,500円

高齢者おでかけ支援タクシー利用券の交付	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
通院等支援サービスの利用登録	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無

## 2 交付する助成券と自動車所有者の確認

福祉タクシー利用券 自動車燃料助成券 (障害者用)	自動車所有者の確認(自動車燃料助成券として使用する場合に記入)	
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 生計同一者 (氏名 続柄 )	

## 3 受領

左記について、確かに受領しました。

福祉タクシー利用券 自動車燃料助成券 (障害者用)	冊	受領者の署名又は押印

福祉事務所の処理欄

受付・交付	受付日	交付日	交付・受付	福祉タクシー利用券 自動車燃料費助成券 No.
1 承認 2 不承認				