

課 長	係 長	係	合 議

次のとおり交付することを決定します。

別記様式第 1 号（第 4 条関係）

NO.

美唄市福祉タクシー利用料金助成券交付申請書

令和 年 月 日

美唄市長 様

住 所 美唄市
申請者
氏 名

福祉タクシー利用助成券の交付を申請します。

住 所	美唄市		
受 給 者 氏 名	(男 ・ 女)		
生 年 月 日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)		
身体障害者福祉法に定める道知事交付の手帳等級及び知的障害者福祉法に定める道知事交付の療育手帳の判定状況	身体障害者手帳 種 級 (下肢 ・ 体幹 ・ 視覚) 療育手帳 A		
手帳交付年月日	年 月 日	手 帳 番 号	第 号

同 意 書

美唄市福祉タクシー利用料金助成の決定に必要があるときは、私の課税状況について市長が税務関係当局に報告を求めることに同意します。

令和 年 月 日

住所

氏名

印

課 税 状 況	課 税	非 課 税	生 活 保 護 世 帯	調 査 員	印
---------	-----	-------	-------------	-------	---