

第 1 号様式（第 4 条関係）

昭島市福祉タクシー利用費助成申請書

年 月 日

（宛先）昭島市長

申請者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_（続柄）

昭島市福祉タクシー利用費助成事業実施要綱第 4 条の規定により申請します。

記

住 所			
氏 名		生年月日	年 月 日
障 害 の 程 度 ※番号を○で囲 んでください	①身体障害者手帳 1 級      ②身体障害者手帳 2 級      ③下肢又は体幹障害の 身体障害者手帳 3 級 ④愛の手帳 1 度      ⑤愛の手帳 2 度		

注意事項

- 1 申請の際には、身体障害者手帳又は愛の手帳を提示してください。
- 2 ガソリン費等助成を受けている方は申請できません。
- 3 施設に入所されている方は申請できません。

振込先金融機関口座

振 込 先 金 融 機 関	銀行・信金      本店		
	信組・農協      支店		
	預金種目	普通 当座	口座番号
口 座 名 義	(フリガナ)		
	(名 義)		

※ ゆうちょ銀行を指定される場合、振込み専用の店名、預金種目、口座番号が必要となります。また、店名は必ず漢数字でご記入ください。

※ 記載された事項は、保健福祉総合システムのコンピュータに記録されます。