

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 ④愛の手帳1度	②身体障害者手帳2級 ⑤愛の手帳2度	③下肢又は体幹障害の 身体障害者手帳3級

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。

昭島市福祉タクシー利用費助成請求書

年 月 日

（宛先）昭島市長

申請者 住 所 _____
 （障害者）氏 名 _____ 印 _____
 電話番号 _____

昭島市福祉タクシー利用費助成事業実施要綱第7条の規定により、下記のとおり請求します。
 なお、交付された助成金は指定の口座に振り込んでください。

※申請者と受給者が同じ場合は、「住所」、「氏名」は省略可能です。

受給者住所			
受給者氏名		生年月日	年 月 日

〈乗車運賃〉

領収書No	乗車日	乗車金額
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
計		円(A)

年度 前期（4月1日～9月30日） 乗車分
 後期（10月1日～3月31日）
 円（A）

助成限度額 1万円（B）

助成額（A又はBの少ない額）
円

請求金額
円

- ※ 領収書の添付がない場合は、受け付けることができません。
- ※ 請求書には、請求金額分の領収書が必要となります（上限額は1万円）。また、乗車運賃のみ請求することができます。
- ※ 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。

※助成金の請求期間は、次のとおりです。お間違えのないよう御注意ください。

区 分	前 期	後 期
タクシーの利用期間	4月1日～9月30日	10月1日～3月31日
助成金請求期間	4月1日～10月10日	10月1日～4月10日

※助成金の請求期間を過ぎると、請求することはできません。請求日の最終日（4月10日又は10月10日）が、土曜日、日曜日又は祝日にあたるときは、翌開庁日まで請求することができます。

昭島市福祉タクシー利用費助成受給者異動届

年 月 日

(宛先) 昭島市長

申請者

住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

受給者との続柄 _____

下記のとおり、
 1 申請の内容が変更になった
 2 受給資格が消滅した
 ので届け出ます。

記

受給者住所			
受給者氏名		生年月日	
異動事由	1 住 所 2 氏 名 3 等級程度 4 その他 ()	変更前	変更後
受給者の資格消滅			
異動（資格の消滅）が発生した日	年 月 日		

※ 該当する番号を○で囲んでください。

※ 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。