

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。