

柏市福祉タクシー運賃助成申請書

年 月 日

柏市長 あて

住所：-----

申請者

氏名：-----

対象者との続柄（ ）

柏市福祉タクシー運賃助成の申請をします。

対 象 者	氏名	-----	生年 月日	年	月	日生	
	住所	〒 ----- 電話番号（ ）					
	身障手帳番号	第	号	身障手帳等の発行日	年	月	日
	療育手帳番号	第	号	療育手帳等の発行日	年	月	日
	精神手帳番号	第	号	精神手帳等の発行日	年	月	日
	身障障害区分			身障障害程度			
	療育障害程度			精神障害程度			
	※腎臓機能障害1級の場合記載 人工透析治療の有無 1 有 2 無						
同意書							
私（対象者）と同一生計者は、申請時から資格を喪失するまで、柏市福祉タクシー料金助成の受給資格確認に必要な住民税額の課税状況、住民票、対象者の身体状況及び施設への入所状況等について、貴職が公簿等で確認すること及びこの申請書に基づくサービス以外の柏市の事業について個人情報を利用することについて同意します。 柏市長 あて							
対象者	氏名 -----			※市民税額 -----			
同一生計者	氏名	続柄	※市民税額	氏名	続柄	※市民税額	
備考							

手帳	住基	市民税

(注) 添付書類
柏市で市民税額を確認できない場合は税証明書
※印は職員記入欄