

令和 年 月 日

リフト付福祉タクシー運行料金助成受給対象者認定申請書

多治見市長 様

申請者 住所
(18歳未満は保護者) 氏 名 (※)
(※)本人が自署しないときは、押印してください。

電話番号 ー

リフト付福祉タクシーを利用するにあたり、運行料金助成受給対象者として
認定されますよう申請します。

対象者 住所 多治見市 町 丁目 番地
氏 名
生年月日 T・S・H 年 月 日

身体状況
車いす利用 寝たきり その他 ()
介護認定 (要介護) 身体障害者手帳 (級)

なお、認定後支払われる運行料金助成金は、下記の口座に振り込まれるよう
手続きしてください。

振込先 銀 行 口座番号
金 庫 本店 普通
信用組合 支店 当座 (フリガナ)
農 協 口座名義人

受 付	
担当者	