

利用者番号	
-------	--

多治見市障害者福祉タクシー利用乗車券交付申請書

氏 名		生 年 月 日		年 月 日
住 所	〒 多治見市			
身体障害者 手帳番号 (交付年月日)	第 号 年 月 日	障害 の 等級	級	身障手帳 4 級の方 ☐ 下肢 ☐ 体幹 ☐ 視覚
療育手帳番号 (交付年月日)	第 号 年 月 日	障害 の 程度		
精神障害者 保健福祉手帳 番号 (交付年月日)	第 号 年 月 日	障害 の 等級	級	

上記のとおり申請します。

多治見市長

年 月 日

申請者 住 所

氏 名

電話番号

施設入所の状況

☐ 施設に入所中でない

☐ 施設に入所中（施設名：）

自動車税種別割又は軽自動車税種別割の減免措置 ☐ 受けていない

※自動車税種別割又は軽自動車税種別割減免の状況については上記のとおり相違ありません。

記入者 (※) 申請者との続柄 ()

(※)本人が自署しないときは、押印してください。

交付年月日	交付枚数	取扱者	受領サイン	在宅確認
	枚			
	枚			
	枚			