

文京区長 殿

文京区福祉タクシー利用券交付申請書

福祉タクシー利用券の交付を以下のとおり申請します。

住所	文京区	丁目	番	号	方
			電話	()	
ふりがな					
氏名 (利用者本人)					
生年月日	大正・昭和 平成・令和	年	月	日	(歳)
個人番号					
該当となるものを選んでください。	愛の手帳	<input type="checkbox"/> 知的障害 1・2 度			
	身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 心臓機能障害・じん臓機能障害 1 級			
		<input type="checkbox"/> 視覚障害 1・2 級			
		<input type="checkbox"/> 下肢・体幹機能障害 1 級から3 級まで			
		<input type="checkbox"/> 呼吸器・ぼうこう・直腸・小腸・肝臓・免疫機能障害 1・2 級			
		<input type="checkbox"/> 移動機能障害 1・2 級			
		<input type="checkbox"/> 平衡機能障害 3 級			
		<input type="checkbox"/> 脳性麻痺 (身体障害者手帳の障害名に「脳性麻痺による」という記載がある方)			
	<input type="checkbox"/> 進行性筋萎縮症 (身体障害者手帳の障害名に「進行性筋萎縮症による」という記載がある方)				
	精神障害者保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> 1 級			
医療券の写しが 必要な疾病	<input type="checkbox"/> スモン		<input type="checkbox"/> プリオソ病		
	<input type="checkbox"/> 先天性血液凝固因子欠乏症等				
	<input type="checkbox"/> 人工透析を必要とする腎不全 ※「じん臓機能障害1 級」の身体障害者手帳をお持ちでない方で、 「人工透析を必要とする腎不全」のマル都医療券をお持ちの方				
翌年度以降の 利用希望	翌年度以降も福祉タクシーの利用を希望しますか。 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない ※ 希望する場合は、翌年度以降において利用要件に該当するときは、当該年度の申請書の提出を省略することができます。ただし、各年度の利用券の交付に当たり区が必要な調査・照会を行います。				
私（20 歳未満の場合は、生計を維持する扶養義務者又は当該配偶者）は、文京区福祉タクシー事業における利用券の交付を受けるに当たり、所得判定を行うために必要な住民登録資料及び税務資料について、文京区長が各関係機関に調査・照会することについて同意します。					
年 月 日 氏名（利用者本人） 氏名（扶養義務者等）					
個人番号（扶養義務者等）					
生年月日（扶養義務者等） 年 月 日					