

第1号様式

鎌倉市障害者福祉タクシー利用料金・福祉有償運送料金・自動車燃料費助成申請・変更届出書

(宛先) 鎌倉市長

私(及び対象年度4月1日において20歳未満の場合は保護者)の住民登録資料、税務資料等を各関係機関に調査・照会・閲覧することに同意します。また、鎌倉市障害者福祉タクシー利用料金、福祉有償運送利用料金及び自動車燃料費助成事業実施要綱の規定に基づき適切に利用します。

【該当する項目に、記入または□にチェックをしてください。】			令和	年	月	日
手帳をお持ちの方 (対象者及び保護者)	フリガナ		大・昭・平・令			
	氏名		生年月日	年	月	日
	保護者氏名	()	電話番号	—	—	
	↑対象年度4月1日に20歳未満の方は保護者氏名の記入					
住所	鎌倉市					
保護者住所	□上記以外 ()					
手帳の内容 (受給資格要件)	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級) <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳3級かつ療育手帳B1 <input type="checkbox"/> 療育手帳 (<input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳1級 ※手帳の有効期限切れまたは再認定を受けていない場合や前々年中の所得状況によっては、交付対象外となる場合があります。					
	現況	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム、老人保健施設、サービス付き高齢者向け住宅またはグループホームに入居 <input type="checkbox"/> その他施設に入居 (施設名 _____) ⇒助成対象外となる場合があります				
交付申請する券 (申請・届出内容)	<input type="checkbox"/> 障害者タクシー利用券					
	<input type="checkbox"/> 自動車燃料費助成券 ※対象者が自ら運転する場合又は対象者のために運転される自動車に同乗している場合に利用可					
	<input type="checkbox"/> 福祉有償運送利用券 ※利用する場合は、事業所に会員登録が必要(別途入会金や年会費等必要になる場合があります)					
書類の提出	<input type="checkbox"/> 本人(または対象年度4月1日に20歳未満の方の保護者)					
	<input type="checkbox"/> 本人以外 連絡先電話番号 _____	提出者氏名	対象者との続柄			
所得の状況	対象年度の前々年度の1月1日時点、市外に在住の場合には次を添付					
	<input type="checkbox"/> 課税/非課税証明書 <input type="checkbox"/> 障害福祉課へ提出済					
	↓対象者が対象年度4月1日に20歳未満の方は、保護者(扶養義務者等)の状況を記入					
	氏名(続柄)	生年月日	対象年度の前々年度の1月1日時点、市外に在住の場合には次を添付 課税/非課税証明書 <input type="checkbox"/> 障害福祉課へ提出済			
氏名(続柄)	生年月日	対象年度の前々年度の1月1日時点、市外に在住の場合には次を添付 課税/非課税証明書 <input type="checkbox"/> 障害福祉課へ提出済				
以下は市が記入します。			区分 <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 変更届出			
<input type="checkbox"/> 助成する <input type="checkbox"/> 助成しない	<input type="checkbox"/> タクシー利用券 <input type="checkbox"/> 自動車燃料費助成券 <input type="checkbox"/> 福祉有償運送利用券	交付枚数	交付番号			
		枚				