

様式第 1 号

長井市障がい者社会参加促進助成事業（福祉タクシー料金・自動車燃料費）
助成券交付申請書

令和 年 月 日

長井市長 様

長井市障がい者社会参加促進助成事業実施要綱に基づき次のとおり申請します。なお、
対象要件の確認のため必要があるときは、申請内容について調査することに同意します。

申請者	住 所	長井市		電話	
	氏 名	男・女		生年月日	年 月 日
	障がい者(児)との続柄	本人・父・母・夫・妻・子・その他 ()			
対象となる障がい者・児	氏 名	☐ 申請者に同じ 男・女		生年月日	☐ 申請者に同じ 年 月 日
	住 所	☐ 申請者に同じ ※申請者と住所が異なる場合は対象外			
	身体障害者手帳番号	山形県 第 号 級			
	療育手帳番号	置賜 第 号 A・B			
	精神障害者保健福祉手帳	山形県 第 号 級			
	医療的ケア児 ※必要な医療的ケア(該当項目に○)	吸引・経管栄養・人工呼吸器・酸素療法・気管切開・導尿・中心静脈栄養・人工肛門・その他 ()			
券種	※どちらかを 選択	☐ 福祉タクシー料金助成券 (500円×30枚)			
		☐ 自動車燃料費助成券 (1,000円×6枚)			
登録車両番号 ※自動車燃料費助成券の場合			自動車の使用者 ※自動車燃料費助成券の場合	続柄 ()	

助成券を受領しました。 令和 年 月 日 氏名

※市処理欄

☐ 添付書類確認 (手帳・車検証)		☐ 入所・入院確認		☐ 重複確認	
☐ 助成する	☐ 福祉タクシー助成券		交付番号		取扱者
☐ 助成しない	☐ 自動車燃料費助成券				