

# 柏市福祉タクシー運賃助成申請書

平成 年 月 日

柏市長 あて

住所：-----

申請者 -----

氏名：-----

対象者との続柄（ ）

柏市福祉タクシー運賃助成の申請をします。

対 象 者	氏名	-----	生年	(明・大・昭・平)				
			月日	年	月	日生		
	住所	-----						
		〒	—	電話番号（ ）				
	身障手帳番号	第	号	身障手帳等の発行日	(昭・平)	年	月	日
	療育手帳番号	第	号	療育手帳等の発行日	(昭・平)	年	月	日
	精神手帳番号	第	号	精神手帳等の発行日	(昭・平)	年	月	日
身障障害区分			身障障害程度					
療育障害程度			精神障害程度					
※腎臓機能障害 1 級の場合記載 人工透析治療の有無 1 有 2 無								

## 住民税額・住民票確認同意書

私(対象者)と同一生計者は、申請時から資格を喪失するまで、柏市福祉タクシー料金助成の受給資格確認に必要な住民税額の課税状況及び住民票を貴職が公簿等で確認することについて同意します。  
柏市長 あて

対象者	氏名			※市民税額		
同一生計者	氏名	続柄	※市民税額	氏名	続柄	※市民税額
備考						

手帳	住基	市民税

(注) 添付書類

申請年度の前年度の課税状況が確認できない場合は、  
税証明書又は市民税額を確認できるもの。

※印は職員記入欄