

券区分	黄色	水色	利用者番号
-----	----	----	-------

受付	
----	--

千葉県福祉タクシー利用承認申請書

年 月 日

(あて先) 千葉市長

申請者 住所

氏名

利用者との続柄

千葉県福祉タクシーを利用するにあたり、受給資格審査のため、所得及び諸控除の額の確認が必要となります。いずれか希望する番号に○を付してください。

- 1 私は、今後事務処理に必要な範囲内で、私と私の世帯員及び生計を一にする者の所得額及び諸控除の額について、千葉市が調査することに同意します。
- 2 私は、別紙のとおり所得に関する証明書を提出します。なお、翌年度以降の所得更新にあたっては、引き続き毎年証明書を提出いたします。

※必ず記入して下さい。

フリガナ		生年月日	年 月 日
利用者氏名			
住所 連絡先 電話番号 (- -)	〒 - -)	千葉県	区 連絡先電子 メールアドレス (@)
障害者手帳、小児慢性特定疾病医療受給者証			
1 あり	—	1 身体障害者 手帳	市・県 第 号 等級 種 級 交付年月日 年 月 日
		2 療育手帳	第 号 程度 () 交付年月日 年 月 日
		3 精神障害者 保健福祉手帳	第 号 等級 (級) 交付年月日 年 月 日
		4 小児慢性特定疾病 医療受給者証	第 号 交付年月日 年 月 日
2 なし		受けている手当名 ()	
利用者の状況			
1 一般タクシー利用		2 リフト付きタクシー利用	

個人番号届出書

本人	住所											
	氏名											
	個人番号											

配偶者	住所											
	氏名											
	個人番号											

扶養義務者	住所											
	氏名											
	個人番号											

扶養義務者	住所											
	氏名											
	個人番号											

扶養義務者	住所											
	氏名											
	個人番号											

	住所											
	氏名											
	個人番号											

※届出のあった方それぞれの本人確認書類及び個人番号が確認できる書類の写しが必要です。