

## 心身障害者タクシー及びガソリン費助成券交付申請書

立川市長 殿

上記の助成を受けたいので、下記のとおり申請します。

今後、この申請に関して、申請者及び家族等の所得状況等を公簿等により調査することを承認します。

太枠内の内容についてご記入ください。

申請年月日	令和 年 月 日		
(フリガナ) 障害者氏名	..... ..... .....		
	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> GH入所 ( <input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外)		
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日		
住 所	立川市 町 - - (アパート・マンション名)	電話番号	( )
障害種別	身体障害 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 内部 ( 級)		
障害等級	知的障害 ( 度)		
提出者氏名	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外 .....		
	担 当 者	受 領 欄	
		署名又は記名押印	

..... 下記は記入しないでください。 .....

被判定者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族( <input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> .....)	
該当要件	被判定者の市民税所得割額	助成額 (月額)
<input type="checkbox"/> 身体1級又は2級 <input type="checkbox"/> 愛の手帳1度又は2度	<input type="checkbox"/> 0~100,600円	<input type="checkbox"/> 3,500円× 月
	<input type="checkbox"/> 100,700~268,200円	<input type="checkbox"/> 2,000円× 月
	<input type="checkbox"/> 268,300円以上	<input type="checkbox"/> 非該当
<input type="checkbox"/> 身体3級(下肢・体幹・内部)	<input type="checkbox"/> 0~36,100円	<input type="checkbox"/> 3,500円× 月
	<input type="checkbox"/> 36,200円以上	<input type="checkbox"/> 非該当

助成券番号	500円券	A					~	A				
	100円券	B					~	B				