

障害者タクシー利用・ガソリン給付補助申請書

令和 年 月 日

北名古屋市長 太 田 考 則 様

(申請者)

住 所

氏 名

電話番号

次のとおり、障害者タクシー利用・ガソリン給付補助を申請します。

なお、毎年度、市県民税の額を確認するため、私の市県民税に関する課税台帳等を北名古屋
市職員が閲覧することを承諾します。

対 象 者	氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	(電話番号)		
	資 格	☐ 身体障害者手帳	1 級	2 級
		☐ 療育手帳	A 判定	B 判定
		☐ 精神障害者保健福祉手帳	1 級	2 級
在宅・入所 の 状 況	☐ 在宅			
	☐ 施設入所			
	☐ グループホーム (施設名 :)			
備考				

窓口確認欄

市民税所得割額	☐ 本人 1 6 万円未満
---------	--------------------------------------