

様式第2号(第4条関係)

交付番号	
------	--

決	課長	課長補佐	係長	主査	係
裁					

下記のとおり申請があったので交付（却下）してよろしいですか。

深川市重度障がい者ハイヤー料金助成券交付申請書

令和 年 月 日

深川市長様

住所

申請者

氏名

（受給資格者との続柄）

※申請者と受給資格者が異なる場合のみご記入下さい

重度障がい者ハイヤー料金助成券の交付を申請します。

また、深川市長がこの申請に係る事務を行うために必要な市の所有する私及び私の世帯に関する個人情報（住民基本台帳・税情報等）を利用することに同意します。

受給資格者	氏名		生年月日	年	月	日																								
	住所	深川市 電話番号（ ） -																												
身体障害者手帳	北海道 第 号																													
身体障害者手帳	<table><tr><td>・下肢障がい</td><td>1級</td><td>2級</td></tr><tr><td>・体幹機能障がい</td><td>1級</td><td>2級</td></tr><tr><td>・移動機能障がい</td><td>1級</td><td>2級</td></tr><tr><td>・視覚障がい</td><td>1級</td><td>2級</td></tr><tr><td>・内部障がい</td><td>1級</td><td>心臓</td><td>じん臓</td><td>呼吸器</td><td>ぼうこう</td></tr><tr><td></td><td></td><td>直腸</td><td>小腸</td><td>免疫機能</td><td>肝臓</td></tr></table>						・下肢障がい	1級	2級	・体幹機能障がい	1級	2級	・移動機能障がい	1級	2級	・視覚障がい	1級	2級	・内部障がい	1級	心臓	じん臓	呼吸器	ぼうこう			直腸	小腸	免疫機能	肝臓
・下肢障がい	1級	2級																												
・体幹機能障がい	1級	2級																												
・移動機能障がい	1級	2級																												
・視覚障がい	1級	2級																												
・内部障がい	1級	心臓	じん臓	呼吸器	ぼうこう																									
		直腸	小腸	免疫機能	肝臓																									
療育手帳	A 第 号																													
備考																														

□交付されるハイヤー料金助成券のうち500円券1枚・2枚については、100円券 5枚 ・ 10枚 での交付を希望します。（希望する方は□に✓を入れ、枚数を○で囲んでください。）

決定年月日	令和 年 月 日	処理者職氏名
交付年月日	令和 年 月 日	