

様式第1号（第6条関係）

交付番号

### 心身障害者自動車燃料券交付申請書

年 月 日

時津町長 様

申請者 住所 時津町 郷 番地  
氏名  
対象者との続柄  
電話番号

次のとおり心身障害者自動車燃料券の交付を申請します。

また、燃料券の交付が決定した時には郵送により燃料券を送付願います。

対象者	氏名		生年月日	年 月 日( 歳)
	住所	時津町	郷	番地
	現在の状況	在宅 ・ 入院 ・ 施設入所 ・ その他		
身体障害者	身体障害者手帳	県(市)第	号	年 月 日交付
	障害名		障害等級	種 級
	現在の身体状況	1.身体障害者手帳(1級・2級)の交付を受け、かつ車いすを常用している 2.身体障害者手帳(視覚障害1級)の交付を受けている		
知的障害者	療育手帳	第	号	年 月 日交付
	障害程度	A1 ・ A2		

#### 同意書

タクシー利用券と燃料券のうち燃料券を選択し、申請後におけるタクシー利用券への変更、並びに燃料券の再交付ができないことを了承します。

#### ※視覚障害者のみ

#### 同意書

心身障害者自動車燃料券の交付決定に当たり、私及び私の属する世帯の世帯員全員の所得状況等について調査することに同意します。

年 月 日 世帯主氏名