

担任	合議	係長	課長

※ 太線内を記入してください。

川崎市重度障害者福祉タクシー利用券交付申請書兼記載事項変更届			
令和 年 月 日			
(宛先) 川崎市 市長		申請者 住所 _____	
		氏名 _____	
		電話 () _____	
川崎市重度障害者福祉タクシー利用券の			
1 交付を申請します。			
2 交付申請書の記載事項に変更を生じたので届け出ます。			
使用者氏名	生年月日 大正 昭和 平成 令和 年 月 日生	年齢 歳	申請者との続柄
住 所 川崎市 _____ 区	障害区分	<input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 精神障害 <input type="checkbox"/> 重複障害 <input type="checkbox"/> 体幹 <input type="checkbox"/> 内部 <input type="checkbox"/> 腎臓機能障害 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 人工透析週3回以上	
タクシーの使用目的 (該当する項目をすべてチェックしてください。)			
<input type="checkbox"/> 通院 (定期的な受診) <input type="checkbox"/> 公共機関への外出 <input type="checkbox"/> 買物等の日常生活上必要な外出 <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭等社会生活上必要な外出 <input type="checkbox"/> スポーツ・文化活動・各種研修会等への社会参加			
※腎臓機能障害のある方で、人工透析のために週3回以上通院する方はこちらも記入してください。			
通院先病院・医院名			
主治医名		通院回数 週 回	
変更事項			
<input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 障害区分 <input type="checkbox"/> その他 ()			

受付処理欄		交付枚数	枚 内訳: () 枚 + 割増 () 枚	
身体障害	手帳番号 県 市 第 号	障害等級 第 種 級	知的障害	手帳番号 県 市 第 号
			障害程度 A1・A2 B1	
必要書類確認			精神障害	手帳番号 県 市 第 号
<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 判定書 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> その他 ()			障害等級 級	
				受付印
				受理者