

年 月 日

沼津市在宅障害者移動支援事業利用料減額・免除申請書

(宛先) 沼津市長

住所

申請者 氏名 印

(利用者又は保護者) 連絡先

沼津市在宅障害者移動支援事業の利用料について、次のとおり減額又は免除を申請します。

利用者	氏名		生年月日	
	住所		電話番号	
手帳の種類		手帳番号		
障害名		等級		
疾病名	【 医師の診断書 有 無 】 【 特定疾患医療受給者証 有 無 】			
申請する事業の内容等				
減免の内容等	<input type="checkbox"/> 第9条第1号（生活扶助受給世帯）に該当 <input type="checkbox"/> 第9条第2号（市民税非課税世帯又は18歳以上で車両支援型を利用する市民税非課税者）に該当 <input type="checkbox"/> 第9条第3号（ヘルパー支援型又は送迎支援型を利用する市民税課税世帯であり、かつ、所得税非課税世帯）に該当			

なお、利用料の減額又は免除の決定のため、利用者及び利用者の扶養親族の所得額、住民税・所得税の課税状況等について、沼津市長が税務関係当局に証明（報告）を求めることに同意します。