

# 身体障害者等の通学等に関する申出書

令和 ● 年 ● 月 ● 日

十和田市長 様

## 記入例

・赤い太枠の中を記入し  
てください。

申請者

住所 十和田市〇〇1-2

氏名 十和田 太郎

電話番号 090-1234-5678

十和田市税条例施行規則第12条第3項第2号の規定により下記のとおり申出します。

区分	通学	通院	通所	生業
通学、病院、 通所又は仕事先	所在地	十和田市		
	名称	中央病院		
通学、通院、 通所又は生業 の為に軽自動車 を必要とする 具体的な状況	回数 週、月、年に _____回使用	週、 <u>月</u> 年に _____1_____回使用	週、月、年に _____回使用	週、月、年に _____回使用
	理由など	腎臓病 _____ (病名) の診療検査の為		

(備考)

- ① 「回数」の「週、月、年」の欄の該当するものを○で囲んでください。
- ② 軽自動車等の使用回数は、目的地との往復について一回とし、一日に数回利用する場合でも一回として記載してください。
- ③ (病名)は、正式な病名でなくても差し支えありません。