


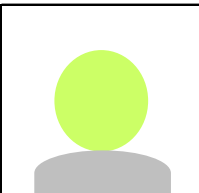
【身体障害者世帯の減免に必要なもの】

で囲んだ箇所が読み取れる写真またはPDFを添付してください。
それ以外の部分は隠していただいても構いません。


(減免対象資格)

○身体障害者手帳に障害の級別が1級又は2級と記載されている方がいる世帯。

<紙形式の手帳の場合>

身体障害者手帳 神奈川県 第 ***** 号 平成 年 月 日交付 身体障害者等級表 による級別 * 級 旅客鉄道株式会社 第 * 種 旅客運賃減額 氏名 (年 月 日生)		
		神奈川県

<カード形式の手帳の場合>

	身体障害者手帳 神奈川県 第123456号 交付年月日 令和元年4月1日 再交付年月日 令和3年11月1日 氏名 神奈川 太郎 生年月日 平成元年4月1日 住所 神奈川県福祉子ども市みらい町1234 県庁マンション1234 氏名 神奈川 花子 続柄 母 住所 神奈川県福祉子ども市みらい町1234 県庁マンション1234 身体障害者等級表による級別 1級 旅客鉄道株式会社旅客運賃減額 第1種	神奈川県 印
---	--	--------

障 害 名

【障害名・備考】

両上肢機能の軽度の障害 6級/体幹機能障害 5級(再認定：令和4年4月)

記載のある場合のみ
提出してください

(注) 住所や氏名が変わったときは、すぐに変更の届を出してください。

本人の欄		
現住所	転入年月日	福祉事務所長 又は町村長印

保護者の欄			
氏名	続柄	保護者とな った年月日	福祉事務所長 又は町村長印
現住所	記載のある場合のみ 提出してください		
現住所			
現住所			
現住所			