

別 記第1号様式(第4条第1項)

年 月 日

栄町福祉タクシー利用申請書

栄町長 様

住 所 栄町

申請者

氏 名

電話番号

福祉タクシー利用券の交付を受けたいので、栄町福祉タクシー事業実施要綱第4条第1項の規定により、次のとおり申請します。

利用者 氏 名		生 年 月 日	年	月	日
利用者 住 所	栄町			性別	男・女
区 分	身 体 障 害 者	手 帳 番 号	第 号	等級	種 級
		障 害 名	別紙のとおり		
	在 宅 血 液 透 析	受けている・受けていない			
	知 的 障 害 者	療 育 手 帳 番 号		等級	
高 齢 者	<input type="checkbox"/> 要介護1以上 <input type="checkbox"/> 80歳以上 <input type="checkbox"/> 65～79歳のひとり暮らし <input type="checkbox"/> その他 ()				

事 務 処 理 欄	交付番号	～
	発行確認	