

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

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			
	精 神 障 害 者	精神障害者保健 福祉手帳番号			等級1級	
	知 的 障 害 者	療 育 手 帳 番 号			等級	
	介 護 認 定 者	☐ 要介護1以上				
	高 齢 者	☐ 65歳から79歳までのひとり暮らし ☐ 80歳以上				
そ の 他						

事 務 処 理 欄	交付番号	～
	発行確認	