

長門市福祉タクシー利用券交付申請書

年 月 日

長 門 市 長 殿

申請者 住所 _____

氏名 _____

(対象者との続柄 _____)

電話番号 _____

福祉タクシー利用券を交付されるよう申請します。

対 象 者	氏 名		生年月日		
	行政区				
	身体障害者 手 帳	山口県第 _____ 号	障害等級 および 種 別	_____ 級 _____ 種	
		人工透析 通院回数 _____ 週 回			
	療育手帳	山口県第 _____ 号			
	精神障害者 保健福祉手帳	第 _____ 号	障害等級	_____ 級	

***市記入欄**

タクシー券交付 枚数	48枚綴り 冊 番号 (_____)
	24枚綴り 冊 番号 (_____) 枚

居住地	障害程度	交付枚数	他制度交付	交 付 日
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> (残数 枚) 無 <input type="checkbox"/>	年 月 日

	交 付 伺
--	-------------