

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	4 8 枚綴り	冊	番号 ()
	2 4 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
☐	☐	☐	有 ☐ (残数 枚)	年 月 日
			無 ☐	

	交 付 伺
--	-------------