

## 障害者福祉タクシー利用券交付申請書

年 月 日

長 門 市 長 殿

障害者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	年 月 日	
	住 所	長門市 電話番号			
	身体障害者 手帳	山口県 第 号	障害等級 及び 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	

※対象者本人以外が申請する場合は記入

申 請 者	氏 名		続 柄	
	住 所	<input type="checkbox"/> 対象者本人住所と同じ 電話番号		

※次年度以降の郵送交付について、住民基本台帳の確認及び必要に応じて関係機関等に対し、個人情報を確認することに同意します。	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

\*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"/> 有（残数 枚） <input type="checkbox"/> 無	年 月 日