様式第1号(第4条関係)

(その1)

福祉タクシー事業利用券交付申請書

(身体障害者等の世帯用)

年　　月　　日

西原村長　様

住所　西原村大字

申請者　氏名　　　　　　　　　　　印

(対象者との続柄)

電話

西原村福祉タクシー料金助成事業実施要綱第4条の規定により、下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象者 | 住所 | 西原村大字 |
| 氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 | 年齢 | 歳 |
| 障害内容該当するものに○ | 番号 | 等級程度 |
| 熊本県第　　　　　　　　号 | 1級　・　2級A1　 ・ 　A2 |
| 視覚　・　聴覚　・　肢体　・　内部　・　精神　・　療育 |

|  |
| --- |
| 役場記入欄 |
| 手帳等級 | 障害内容 | 利用券発行 | 交付数 | 受付番号 |
|  | 視覚・聴覚・肢体内部・精神・療育 | 未済再 | 枚ヶ月分 |  |
| 年　　月　　日利用券交付 | 課長 |  | 係長 |  | 係 |  |