

御代田町福祉タクシー利用助成券購入申込書

申請者 住所  
氏名 (利用者との関係: )

下記のとおり、御代田町福祉タクシー利用助成券の購入申込をします。

記

利 用 者	ふりがな 氏 名		生年 月 日	年 月 日	
	住 所	御代田町大字	電話 番号		
	行 政 区		年 齢	才	
	希望枚数	枚			
	利用理由 (該当する番号に○ をしてください)	1 通院 2 買物 3 公共施設の利用 4 金融機関等の利用 5 その他 ( )			
	区 分	身体障害者手帳 ( 1 級 ・ 2 級 ・ 3 級 ) 精神保健福祉手帳 1 級 療育手帳 A			
過去に利用の有無 (どちらかに○)	有 (発行番号 ) 無				

(購入申込書の記入はここまでです)

※ 福祉タクシー利用助成券の購入申込をする際は、必ず利用者の方の手帳の提示をお願いします。

※ 処理欄 (以下は記入しないでください) 上記申込のとおり、福祉タクシー利用助成券を交付してよろしいでしょうか。 年間利用 ( 枚 ) - 発行済 ( 枚 ) = 購入可能 ( 枚 ) 可能枚数 枚 数 枚 数									
課 長		補 佐		係 長		係		担 当	

(発行番号 )