

様式第1（第4条関係）

障がい者タクシー料金助成利用券交付申請書

年 月 日

東郷町長 殿

申請者 住所  
氏名  
連絡先

障がい者タクシー料金助成利用券の交付を次のとおり申請します。

利用者氏名		生年月日	年 月 日
手帳の種類	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳番号 第 号 <input type="checkbox"/> 療育手帳記号番号 第 号 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳番号 第 号	手帳交付年月日	年 月 日
申請理由	1 身体障害者手帳 1級 ・ 2級 ・ 3級 2 療育手帳 A ・ B 3 精神障害者保健福祉手帳 1級 ・ 2級		
交付番号		交付枚数（ 90枚 ・ 枚 ）	
75歳以上の方	当該年度内の高齢者のタクシー券交付（ 有 ・ 無 ）		
備考			

上記利用者の障がい者タクシー料金助成券を受領しました。

年 月 日

氏名

利用者との続柄