

交付番号	
------	--

心身障害者福祉タクシー利用券交付申請書

年 月 日

時津町長 様

申請者住所
氏名
申請者との続柄
(対象者以外が申請した場合)
電話番号

次のとおり心身障害者福祉タクシー利用券の交付を申請します。
また、利用券の交付が決定した時には郵送により利用券を送付願います。

対象者	氏名		生年月日	年 月 日(歳)
	住所			
	現在の状況	在宅 ・ 入院 ・ 施設入所 ・ その他		
身体障害者	身体障害者手帳	第 号	年 月 日交付	
	障害名		障害等級	種 級
	現在の身体状況	1 居宅内、外出時とも、車いすを常時使用している。 2 外出時には、車いすを常時使用している。 [居宅内で、車いすを使用していない理由]		
知的障害者	療育手帳	第 号	年 月 日交付	
	障害程度		/	
精神障害者	精神保健福祉手帳	第 号	年 月 日交付	
	障害程度	級	/	

※対象者が視覚障害者の場合のみ御記入ください。

同 意 書 心身障害者福祉タクシー利用券の交付決定に当たり、私及び私の属する世帯の世帯員全員の所得状況等について調査することに同意します。 年 月 日 世帯主氏名
