

様式第1号（第5条関係）

岩出市福祉タクシー利用料金助成申請書

年 月 日

岩出市長 様

申請者 住 所 岩出市
氏 名
電話番号

下記のとおり福祉タクシー利用料金の助成を願いたく申請します。

対象者氏名		生年月日	年 月 日
対象者住所	岩出市		
手帳番号	都道府縣市 第 号		
手帳交付年月日	年 月 日 交付		
障 害 名	1. 視 覚 障 害 2. 聴 覚 障 害 3. 肢 体 障 害 4. 内 部 障 害 5. 知的発達障害 6. 精 神 障 害	障害程度	1 級 2 級 A 1 A 2

市福祉タクシー利用券を受領しました。 受領者氏名

(注) 市記入欄（以下記入しないでください。）

交付年月日	年 月 日	利用券番号				
上記のとおり交付してよろしいか。(伺)						
決裁年月日		課長	副課長	課長補佐	係長	課員
年 月 日						