

別記第 2 号様式(第 5 条第 1 項)

神崎町福祉タクシー利用券交付申請書

令和 年 月 日

神崎町長 様

申請者 住 所

氏 名

電話番号

(自署の場合は、押印は必要ありません)

福祉タクシー利用券の交付を受けたいので、神崎町福祉タクシー利用助成事業実施要綱第 5 条第 1 項の規定により下記のとおり申請します。

記

対 象 者	住 所		生 年 月 日		
	氏 名		性 別		
当てはまるものに○	区 分	区 分 の 明 細			
	身 体 障 害 者 手 帳 障 害 名 (有 期 期 限)	県 第 号 種 級 (年 月)			
	療 育 手 帳 (有 期 期 限)	県 第 号 (年 月)			
	精 神 保 健 福 祉 手 帳 (有 期 期 限)	県 第 号 (年 月)			
	要 介 護 ・ 要 支 援 認 定 区 分 (有 期 期 限)	(年 月)			
	日 中 独 居 等	裏面にご記入ください。			
	そ の 他	免許自主返納 ・ 同居家族全員が交通手段無			
備 考	※その他を補足する理由を記載				
※ 交 付 枚 数	枚	※整理番号		※認定番号	

日中独居等該当者欄

自動車運転免許証等 所持者氏名	勤 務 先（ 通 学 先 ）等 名 称 （ 所 在 地 ）	対象者との続柄
	()	
	()	
	()	
	()	

※上記のとおり就労(就学)しており、日中における医療機関等への送迎が難しいため、福祉タクシー利用券の交付を希望します。