

年 月 日

花巻市長 様

(障がい福祉担当)

申請者

住 所

ふりがな
氏 名

生年月日 年 月 日 歳

電 話 ()

代理人 住 所 _____

氏 名 _____

本人との関係 _____

福祉タクシー等助成券交付申請書

福祉タクシー等助成券の交付を受けたいので申請します。

| | | | |
|---------------------------------|--------------|-----|----------------|
| 手帳番号 | 身障・療育・障害 第 号 | 級別等 | 1級・2級(視・下・体)・A |
| 障 害 名 | | | |
| 施設入所 | (有 ・ 無) | | |
| 自動車税又は軽自動車税の減免(受ける予定を含む。) | (有 ・ 無) | | |
| 高齢者福祉タクシー等助成券又は被災者支援タクシー等助成券の交付 | (有 ・ 無) | | |

次の欄は、記入しないでください。

申請書受理月日



| 発行番号 | 発行枚数 | 備 考 |
|------|------|-----|
| 号 | 枚 | |