

日出町重度身体障害者福祉タクシー利用助成申請書

令和 年 月 日

日出町長 安部 徹也 様

申請者 住 所 日出町
氏 名
電話番号

日出町重度身体障害者福祉タクシー料金助成要綱第7条第1項の規定により
次のとおり申請します。

ふりがな		生年月日	T・S
障害者氏名			H・R 年 月 日
手帳番号	大分県第 号	交付年月日	T・S H・R 年 月 日

障害 ・ 等級	該当するものに○をつけてください。 【下肢】 1級・2級・3級 (3級の方【上肢】 1級・2級) 【体幹】 1級・2級 【移動機能】 1級・2級・3級	受領印	本人・代理人
		利用券No.	No. ~No.

提出者	住所	
	氏名 (障害者との続柄)	(続柄)
	電話番号	

提出者 本人確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード
	<input type="checkbox"/> 健康保険証	<input type="checkbox"/>