

様式第2号（第7条関係）

日出町心身障害者福祉タクシー利用助成申請書

年 月 日

日出町長 様

申請者 住所  
氏名  
(続柄)  
電話番号

日出町心身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。

障害者氏名		生年月日	年 月 日
手帳番号	第 号	交付年月日	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 【精神障害者保健福祉手帳】 1級	受領印	
		利用券No.	