

障がい者福祉タクシー券交付申請書

年 月 日

佐野市長 様

障がい者福祉タクシー券の交付を受けたいので申請します。

障がい者福祉タクシー券の交付を受ける者(障がい者)	氏名		電話	
	住所			
	生年月日	大正 昭和 年 月 日 平成 令和		
	手帳種類及び等級	身体障害者手帳	第 号	1級 ・ 2級
療育手帳		第 号	A1 ・ A2 ・ A	
精神障害者保健福祉手帳		第 号	1級	
代理申請者	氏名		電話	
	住所		続柄	

※ここから下は、記入しないでください。

事務処理欄

交付番号	交付枚数
_____ 視覚・聴覚・肢体 内部・身体複合 知的・精神	枚