

様式第1号（第4関係）

福祉タクシー助成券交付申請書

年 月 日

野田村長

申請者 住 所 野田村大字 第 地割 番地

氏 名 _____ ⑤
生年月日 年 月 日生
電 話 — —

福祉タクシー助成券の交付を受けたいので申請します。
なお、助成対象要件確認のため、私の世帯の課税状況等について、関係機関に調査・確認することに同意します。

記

重度障害者の種類	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳1級又は2級 <input type="checkbox"/> 療育手帳A <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳1級
障害名等	
施設入所・入院の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 入所・入院の予定 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ 年 月から）

申請受理 年 月 日

処 理 欄

下記のとおり決定してよろしいか伺います。

課 長	総括主査	発 議 者
		年 月 日

券 番 号	発行枚数	備 考
号	枚	月～ 月分