

様式第 1 号

東 栄 町 福 祉 タ ク シ ー 券 交 付 申 請 書

年 月 日

東 栄 町 長 様

申請者 住 所

氏 名

㊟

電話番号

下記により、東栄町福祉タクシー券の交付を申請します

記

1 対象者氏名等

ふりがな 対象者氏名		性別	男・女
生年月日	年 月 日生	年齢	才
住 所	東栄町大字		
連絡先電話番号	-		

2 対象要件等 (下記のあてはまる対象要件を○で囲んでください)

- ・要介護認定を受けた者(要介護1・2・3・4・5)
- ・身体障害者(1級・2級・3級・4級の内じん臓機能障害とされている者)
- ・療育手帳(A・B)
- ・精神障害者保健福祉手帳(1級・2級)
- ・その他()

3 手帳(介護保険被保険者証)等

手帳等の種類	介護保険被保険者証 ・ 身体障害者手帳 療育手帳 ・ 精神障害者保健福祉手帳
交付年月日	年 月 日
手帳等の番号	