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 |  |