

大網白里市福祉タクシー利用券交付申請書

令和 年 月 日

大網白里市長 様

(申請者) 住 所 大網白里市

氏 名 ㊦

電 話

大網白里市福祉タクシー事業実施要綱第4条第1項の規定により、福祉タクシー利用券の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

記

利用者	氏 名				
	生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女	
	住 所	大網白里市 番地			
身体障害者 手帳番号	都道府県 第 号 種 級 (障害名)				
療育手帳番号	第 号 (障害の程度)				
精神障害者保健 福祉手帳番号	第 号 級				
介護認定審査会 による判定結果	判定年月日	年 月 日	判定 結果	要介護 ()	
	認定有効期間	年 月 日から 年 月 日			

※認定番号 号