

松原市障害福祉タクシー料金助成利用申請書

松原市長 殿

申請者 住所 松原市 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

松原市障害福祉タクシー料金助成事業実施要綱第4条の規定により、申請します。

対 象 者	住 所	松原市		
	ふりがな		性別	男 ・ 女
	氏 名			
	生 年 月 日	年 月 日	申請者との続柄	
	障 害 区 分	下肢 体幹 視覚 内部 知的障害 その他（ ）		
	身体障害者手帳	第 号	種	級
	療 育 手 帳	大阪府	第 号	判定
	精神障害者保健福祉手帳	第 号	級	
難病法第7条第4項 の医療受給者証	第 号			
	病 名			

※ 注意事項

- 社会福祉施設に入所している場合は、交付できません。
- 交付のタクシー助成券と重複して交付はできません。

タクシー助成券について、交付する。交付しない。

年 月 日

課長	課長補佐	係長	係

助成券番号	号
助成券交付日	年 月 日