

松原市重度障害者等リフト付き福祉タクシー料金助成申請書

松原市長 殿

申請者 住所：松原市 _____

氏名： _____

電話： _____

松原市重度障害者等リフト付き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 氏 名		性 別	男 ・ 女
	生年月日	年 月 日	申請者との続柄	
	身体障害者 手 帳	第 号		級 種
		障害名		
	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。

リフト付き福祉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