

様式第1号(第4条関係)

障害者福祉タクシー助成券交付申請書

年 月 日

(あて先) 白山市長

申請者 住 所 白山市

氏 名 ㊟

(本人である場合は印不要)

電話番号 ー

次のとおり障害者福祉タクシー助成券の交付を申請します。

利用者名			
手帳番号	第 号		
<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級		
	<input type="checkbox"/> 3級	下肢・体幹・じん臓機能障害	
<input type="checkbox"/> 療育手帳	A		
<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級		

※ 該当する□欄にレ印を付けてください。

※ 道路交通法(昭和35年法律第105号)第92条の規定に基づく運転免許証の交付を受け、自ら自動車を運転できる方は対象となりません。