

★赤字で表記されている
部分をご記入ください

記入例

様式第1号(第4条関係)

越前町福祉タクシー乗車券交付申請書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

越前町長 様

住所 〇〇〇1-2-3

氏名 〇〇 〇〇

越前町福祉タクシー助成事業要綱に基づき、乗車券の交付を下記のとおり申請します。

記

連絡が取れる電話番号のご記入をお願いします。

利用者	住 所	越前町 〇〇〇〇〇1-2-3 (連絡先 090-0000-0000)				
	氏 名	〇〇 〇〇	生年月日	T・S・H〇〇年〇月〇日		
手帳種別・内容等	身体	福井県第〇〇〇〇号	☐ 1 級 ☐ 2 級 (☐ 下肢 ☐ 体幹 ☐ 視覚) ☒ 3 級以上の腎臓機能障害 (透析通院) 通院先 (〇〇クリニック 週〇回)			
	療育	福井県第 号	☐ A 1 ☐ A 2			
	精神	福井県第 号	☐ 1 級 ☐ 2 級			
交付枚数		〇〇 枚				
備考		☒ 在宅 / ☐ 免許証返納 ☐ 免許なし ☒ その他 (理由 人工透析後は体調不良になりやすいため。)				

透析通院の方は通院先のご記入をお願いします。
また、可能であれば、通院回数は週何回かについてもご記入をお願いします。

※添付書類 障害者手帳等の写し

該当するものにすべてチェックをしてください。