

千曲市障害者等タクシー利用料金助成回数券交付申請書

年 月 日

(あて先) 千曲市長

住所 千曲市
 申請者 氏名
 電話 — —

千曲市障害者等タクシー利用料金助成事業実施要綱によりタクシー券を交付してください。

障害者等氏名		生年月日	年 月 日
保護者氏名		障害者等との続柄	
身体障害者手帳	県第 (交付 年 月 日)	号 視覚・下肢・体幹・内部	1級・2級・3級
療育手帳	中児・知(精)相第 (交付 年 月 日)	号	A1・A2
精神保健福祉手帳	手帳番号	号 (交付 年 月 日)	
難病患者	特定疾患医療受給番号	号	人工透析 <input type="checkbox"/> 該当

代理受給の方が申請される場合 下記についてご記入ください。

住所	〒 —		
ふりがな		対象者との関係	
氏名			

千曲市使用欄ですので、記入しないでください。

決定欄	この申請について、交付してよろしいでしょうか。		
	決裁	年 月 日	/
	交付No.		
	処理	年 月 日	
摘要			

タクシー券受領	年 月 日	
---------	-------	--