

福祉タクシー対象者証明書交付申請書

令和 年 月 日

周防大島町長 様

申請者 住所 周防大島町大字 _____

氏名 _____

(Tel _____)

下記のとおり、福祉タクシー対象者証明書の交付を申請します。

対象者	住所	周防大島町大字	番地	(自治会)					
	氏名									
	生年月日	明治	・	大正	・	昭和	・	平成	年	月

<input type="checkbox"/> 障害者 《24枚》 <input type="checkbox"/> 人工 透析患者 《48枚》	身障手帳 1~4級	手帳番号	県 第 _____ 号
	障害名	障害名	_____
	級	級	① ・ ② ・ ③ ・ ④ 級
<input type="checkbox"/> 人工 透析患者 《48枚》	療育手帳 A・B	手帳番号	号
	障害程度	障害程度	① A ・ ② B
<input type="checkbox"/> 高齢者 《24枚》	精神保健 手帳 1~3級	手帳番号	号
	級	級	① ・ ② ・ ③ 級
<input type="checkbox"/> 再交付	1. 紛失 2. 毀損 3. その他 (_____)		

※ 対象者
証明書番号 No. _____