

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

申請者は、本人ではなく、ご家族の方でも記入していただけます。

申請者 住所 周防大島町大字 〇〇 △△番地□□
氏名 周防 太郎
(TEL XX - YYYY)

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 <u>〇〇 △△</u> 番地 <u>□□</u> (<u>××</u> 自治会)
	氏名	<u>周防 太郎</u>
	生年月日	明治・大正・ <u>昭和</u> ・平成 <u>13</u> 年 <u>1</u> 月 <u>1</u> 日

<input type="checkbox"/> 障害者 《24枚》 <input type="checkbox"/> 人工 透析患者 《48枚》	手帳番号 身障手帳 1~4級 障害名 級	県 第 号 ----- ① ・ ② ・ ③ ・ ④ 級	
	手帳番号 療育手帳 A・B 障害程度	号 A ・ B	手帳をお持ちの方はこ ちらに手帳番号と等級 を記入し、チェックを 入れて下さい。
	手帳番号 精神保健 手帳 1~3級 級	号 ① ・ ② ・ ③ 級	
<input type="checkbox"/> 高齢者 《24枚》	80歳以上	満 歳	
<input type="checkbox"/> 再交付	1. 紛失 2. 毀損 3. その他 ()		

※対象者の住所以外へ送付を希望される場合は、欄外へ記入して下さい。

※ 対象者 証明書番号 No.