様式第１（第３条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　東　浦　町　長

　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　東浦町障害者タクシー料金助成券（一般車・リフト付タクシー）を次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 住　　所 |  | | |
| 氏　　名 |  | 年　　月　　日生 | 男・女 |
| 手帳等種別 | 身体障害者手帳　　　　　第　　　　号　　種　　級 | | |
| 療　育　手　帳　　　　　第　　　　号　　　　判定 | | |
| 精神障害者保健福祉手帳　第　　　　号　　　　　級 | | |
| 特定要医療的介助者　（　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 介　護　保　険　　　　　要介護度 | | |
| 申請理由 |  | | | |
| 申請枚数 | 一般車　　　　枚　　　リフト付タクシー　　　　枚 | | | |
| 備考 |  | | | |