

宇佐市重度障害者タクシー料金助成券申請書

宇佐市長 様

申請者（窓口に来られる人）

住所：_____

氏名：_____

（対象者との続柄： _____）

電話番号：_____

宇佐市重度障害者タクシー料金助成券の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

記

（対象者）

氏名		生年月日	明治・昭和・平成・令和 年 月 日
住所			
手帳の交付 状況 ※手帳番号を 記入して下さい。	身体障害者手帳	大分県・（ ）第	号
	療育手帳	大分県・（ ）第	号
	精神障害者保健福祉手帳	大分県・（ ）第	号
※本人が記入困難なため（続柄 _____）が代筆 代筆者氏名 _____			

市役所記入欄

手帳確認欄	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 視覚障害（ 1級 ・ 2級 ） 肢体不自由：下肢（ 1級 ・ 2級 ） 体幹（ 1級 ・ 2級 ） <input type="checkbox"/> 療育手帳（ A1 ・ A2 ） <input type="checkbox"/> 精神障害者福祉手帳（1級）
助成券番号	