様式第１号（第４条関係）

福祉タクシー　助成券　　交付申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　丸亀市長　　　　　　　　　宛

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　丁目　　番　　号

　　　　　　　　　　　　　　　　住　所　丸亀市　　　　　町

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　番地

　　　　　　　　　　　　申請者　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　電　話　　　　　－

　　　　　　次のとおり，福祉タクシー助成券の交付を申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 自動車税等の減免の有無 | | 有　　　　　　　　無 |  |
| 施設入所の有無 | | 有　　　　　　　　無 |
| 対　象　者  (身障･療育・精神  手帳所持者) | 住　　所 | 丁目　　　番　　　号  丸亀市　　　　　町  　　　　　　番地 |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 明・昭  大・平　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 障害の種類 | 1 障害程度１級　　　　2 障害程度マルＡ  　3 腎臓機能障害による人工透析療法 　　4 常時車椅子使用 |

＊　上記の申請により、助成券　　　枚を受領いたしました。

受取人氏名