

様式第1 (第4条関係)

障害者福祉タクシー料金助成券交付申請書

令和 年 月 日

(宛先) 高 浜 市 長

申請者 住所 高浜市 町 丁目 番地

氏名 ㊟

電話 ー

受 給 者	氏 名	男・女		生 年 月 日	T.S.H.R
	住 所	高浜市 町 丁目 番地			
手 帳 番 号	身・療・精	県	等	級	種
	第	号	判	定	判定
交 付 年 月 日	年 月 日 交付・再交付				
障 害 名	1 視覚 2 聴覚 3 平衡 4 音声・言語 5 上肢 6 下肢 7 体幹				
	8 心臓 9 呼吸器 10 じん臓 11 脳原性(上肢) 12 脳原性(上肢)				
	13 膀胱・直腸 14 小腸 15 免疫機能障害 16 肝臓機能障害				
	20 療育 30 精神				
自 動 車 税、 軽自動車税の 減 免 の 有 無	有 ・ 無				
利 用 券 番 号	第 号				
備 考					
交 付 枚 数	年 月分～ 年3月分 枚				