

様式第1号

大洗町障害者福祉タクシー利用料金助成申請書

※受付年月日		年 月 日	※受付番号		
申請者住所		大洗町 番地		町内会	町 区
		(アパート、マンション等の場合は号室まで記入)		電話番号	—
申請者氏名		生年月日		明 大 昭 平	年 月 日
手帳の種類	身体障害者	県 第 号 種 級			
	療 育	県 第 号 種 ランク			
	精神障害者	県 第 号 級			
付 添 者		有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	付添者氏名		続 柄 ()
利用病院名		市町村名			病 院 医 院
<p>上記のとおり大洗町障害者福祉タクシー利用料金助成券の交付を申請します。</p> <p>大洗町社会福祉協議会長 様</p> <p>申請者住所 氏名 (印)</p>					

(注) ※欄には記入しないで下さい

(注) この申請に対する助成券は、通院時及び公共機関への往復に使えます。

担当者