

伊予市障害者（児）タクシー利用助成券交付申請書

年 月 日

伊予市長 様

住 所

申請者 氏 名

利用者との続柄（ ）

伊予市障害者（児）タクシー利用助成事業実施要綱第7条第1項の規定により助成券の交付を受けたいので申請します。

利 用 者	氏名		生年 月日	年 月 日
	住所			
利 用 者 該 当 要 件 (いずれかに○)	身体障害者手帳	1級・2級・3級	第 号	
		じん臓機能障害の方で 人工透析の有無	<input type="checkbox"/> 人工透析治療を行っている <input type="checkbox"/> 人工透析治療を行っていない	
	療 育 手 帳	A ・ B	第 号	
	精神保健福祉手帳	1級・2級	第 号	
施設等への入所の有無	1 入所している（施設名 ） 2 入所していない			

※市記入欄

助成券を <input type="checkbox"/> 交付する <input type="checkbox"/> 交付しない （ ）	交付年月日	年 月 日	交付者	助成券受領 確認欄
	助成券番号	第 号		
	交 付 枚 数	枚		