

## 高砂市福祉タクシー利用券交付申請書

年 月 日

高砂市長 様

申請者 住所 高砂市 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

対象者との続柄 \_\_\_\_\_

電話 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

高砂市福祉タクシー利用券の交付を受けたいので申請します。

利用 対象 者 ( 児 )	住 所	高砂市		
	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日
	施設への 入所状況	1 入所している (施設の種類・名称 _____) 2 していない		
	病院等への 入院状況	1 入院している 2 していない		
	障害の区分	身体障害者手帳	1 級	2 級
			下 肢 障 害	3 級
			体幹機能障害	3 級
			移動機能障害	3 級
	療 育 手 帳	A 判 定		
	精神障害者保健福祉手帳	1 級		
手帳番号	兵庫県 兵東加 ( _____ ) 第 _____ 号			
障 害 名	・視覚障害      ・聴覚障害      ・精神障害      ・知的障害 ・肢体障害      ・呼吸障害      ・心臓障害      ・免疫障害 ・じん臓障害      ・ぼうこう障害      ・直腸障害      ・小腸障害			

※交付番号	※交付年月日	※交付枚数
	年 月 日	52枚

注 ※印の欄は、記入しないでください。