

様式第1号（第5条関係）

障害者福祉タクシー料金助成利用券交付申請書

令和 年 月 日

豊明市長 殿

申請者

住 所 豊明市

氏 名

次のとおり申請します。

受給資格者	住所	豊明市		
	フリガナ氏名		生年月日	年 月 日
申請事由	身体障害者手帳	1級・2級・3級（下肢・体幹機能障害）		
	療育手帳	A判定・B判定		
	精神障害者保健福祉手帳	1級・2級		
交付番号	第 号	交付枚数	4月～6月	48枚
決定年月日	令和 年 月 日		7月～9月	36枚
			10月～12月	24枚
			1月～3月	12枚
備考	郵送の場合、 <u>住所と送付先が異なる</u> ときは以下に送付先をご記入ください。 ・送付先郵便番号・・・〒 ー 宛名・・・ ・送付先住所・・・			