

様式第1号(第4条関係)

多気町重度心身障害者等外出支援助成事業タクシー利用乗車券交付申請書

年 月 日

多気町長 様

申請者 住所

氏名

助成対象者との関係( )

電話番号

下記のとおり、多気町重度心身障害者等外出支援助成事業タクシー利用乗車券の交付を申請します。

対象者氏名		
住所	多気町	
生年月日		
身体障害者手帳	障がい内容及び等級	肢体障がい 1級・2級 じん臓機能障がい 1級・2級 視覚障がい 1級・2級
療育手帳	A1 ・ A2	
要介護度	要介護4 ・ 要介護5 (認知・自立度: )	
精神障害者保健福祉手帳	1級 ・ 2級	
施設入所の有無	有(施設名: ) ・ 無	

※以下記入不要

受付年月日	年 月 日	交付枚数	枚(4枚× 箇月)
交付年月日	年 月 日	整理番号	第 号