

福祉タクシー利用助成券交付申請書

年 月 日

登米市長

(申請者)

住 所 登米市

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

対象者との続柄 ( )

電 話

登米市福祉タクシー利用助成券の交付を受けたいので申請します。

対象者住所	登米市		
対象者氏名		生年月日	年 月 日
手帳の種類	身体障害者手帳	1級・2級・3級 (在宅酸素・車椅子)	
	療育手帳	A	
	精神障害者保健福祉手帳	1級・2級	
障 害 別	視覚・聴覚・肢体・内部・療育・精神・その他		

同意書

福祉タクシー利用助成券申請に係る交付について、市民税の課税台帳を閲覧することに同意します。

氏名 \_\_\_\_\_ 印

発行申請 枚 数	1年分 ( ) か月分×4枚 = ( ) 枚 ( 月申請)		
交付番号	第一	備考	