様式第１号

　　年　　　月　　　日

佐々町長　様

佐々町心身障害者(児)福祉タクシー利用券交付申請書兼受領書

下記のとおり、心身障害者（児）福祉タクシー利用券の交付を申請します。なお、代理人申請の場合、利用券を利用者へ渡すことを誓約します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者(利用者) | 住　　所 | 佐々町 |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日生（　　　歳） |
| 電話番号 |  |
| 療育・障害 | 療育手帳 | 　□Ａ１　□Ａ２ |
| 身体障害者手帳 | 　□１級　□２級　（　車椅子常用　・　視覚障害　） |
| 　□腎臓機能障害で通院による人工透析患者 |

|  |  |
| --- | --- |
| 届出者(受領者) | 　□申請者と同じ　　　□上記申請者と違う場合（以下に記入） |
| 住所 | 佐々町 |
| 氏名 |  |
| 利用者との関係 | □配偶者　　□その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 電話番号 |  |

町記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 交付番号 | 　　　　　 |
| 交付年月日 | 　　　　年　　　月　　　日 |
| 本人確認欄（来庁者） | 免許証・ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰｶｰﾄﾞ・保険証・その他（　　　　　） |
| 受渡方法 | □利用者本人へ受渡　　□代理人(届出者)へ受渡 |