

福祉タクシー利用券交付申請書

年 月 日

大野城市長 様

（申請者）

住 所

氏 名

⑩

電話番号

福祉タクシー利用券の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

利用者	住 所				
	氏 名		生年月日	年 月 日	
居住状況		在宅 ・ 入院 ・ 入所			
身体障害者手帳	交付番号など	第 号	年 月 日	交付 ・ 再交付	
	身体障害者手帳全体の等級（手帳の表紙に記載されている等級）			1級 ・ 2級	
	個別の障がい （個別の等級）	視覚障がい	（ 級）		
		肢体不自由	下肢（ 級）・体幹（ 級）・移動機能（ 級）		
		内部機能障がい	心臓（ 級）・じん臓（ 級）・肝臓（ 級）・呼吸器（ 級） ぼうこう（ 級）・直腸（ 級）・小腸（ 級）・他（ 級）		
		平衡機能障がい	（ 級）		
	その他の障がい	（ ）（ 級）・（ ）（ 級）			
車いすの利用	利用している ・ 利用していない				
寝台付タクシーの利用	利用している ・ 利用していない				
療育手帳 交付番号など		第 号（等級）	年 月 日	交付 ・ 再交付	
精神障害者保健福祉手帳 交付番号など		第 号（ 級）	有効期限	年 月 日	
利用券交付枚数		枚	利用券発行番号	No.	