別　記

第１号様式（第４条）

酒々井町福祉タクシー利用申請書

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年　　月　　日  （あて先）酒々井町長  申請者　住　所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　続　柄  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　（　　　）  福祉タクシー利用券の交付を受けたいので次のとおり申請します。 | | | | | | |
| 利用者氏名 |  | | 生年月日 | | 年　　　　月　　　　日 | |
| 利用者住所 |  | | | | | |
| 区分 | １身体障害者 | 手帳番号 | | 等級 | | 障害名 |
| 第号 | | 種　　級 | |  |
| ２知的障害者 | 手帳番号 | | | | 障害程度 |
| 第号 | | | |  |
| ３要介護認定者  （要支援） | 被保険者番号 | | | | 状態区分 |
|  | | | | 要支援２要介護１．２．３．４．５ |
| ４その他 |  | | | | |