

坂井市障害福祉タクシー乗車券交付申請書兼受領書

年 月 日

坂井市長 様

住所 坂井市

申請者 氏名

(対象者) 電話

障害福祉タクシー乗車券の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

身体障害者 手帳番号	第 号	等級	1 級 ・ 2 級 ・ 3 級
療育 手帳番号	第 号	程度	A 1 ・ A 2 ・ B 1
精神障害者保健福祉 手帳番号	第 号	程度	1 級 ・ 2 級
自動車の運転	できる ・ できない		
現在の居住地 * 坂井市外は対象になりません	☐ 住民票と同じ 住民票と異なる場合は下記に記入 ☐ 入院中 (月退院見込み) ☐ 介護保険施設 (施設名 :) ☐ 障がい者福祉施設 (施設名 :) ☐ その他 (具体的に :)		
在宅介護外出支援事業タクシー * 申請済の方は対象になりません	申請 有 ・ 無		

受 領 書

タクシー乗車券を下記の枚数受領いたしました。

受領者氏名

(対象者との続柄)

☐ 右記の住所に 郵送を希望します。	☐ 対象者住所の通り ☐ その他の場合は下記に記入 郵便番号〒 住所・宛名
--	--

市記入欄	障害程度□	運転□	居住地□	在宅介護外出支援事業□	交付可・交付不可
	利用者番号		第		