

# 小郡市福祉タクシー利用券交付申請書

年 月 日

小郡市長 殿

住所 福岡県

申請者

氏名

印

対象者との続柄

電話番号

下記のとおり福祉タクシー利用券の交付を申請します。

対象者氏名			
生年月日		年 月 日	
対象者住所		福岡県 電話番号	
希望する利用券枚数		枚	利用券交付番号
状 況	身体障害者手帳	第	号 等 級
	療育手帳	第	号 程 度
	精神障害者 保健福祉手帳	福岡県 第	号 等 級 級
備考	(人工透析チェック あり・なし)		

※これから下は、記入しないで下さい。

※ 審 査 欄	住所要件		障害要件		総合判定	
	該当 非該当		該当 非該当		該当 非該当	
	上記のとおり認定し、利用券の交付を決定・却下して よろしいかお伺いします。					
	担 当	係 長	課 長			