

様式第 1 号

三宅町福祉タクシー利用申請書

年 月 日

三宅町長 殿

住所 三宅町
申請者 氏名
(利用者との続柄：)
TEL

三宅町福祉タクシーの利用を受けたく、次のとおり申請します。

利 用 者	住 所	三宅町		
	氏 名		性 別	男 ・ 女
	生年月日	年 月 日	年 齢	歳
	手帳関係	種 別	1.身体障害者手帳 2.療育手帳 3.精神障害者保健福祉手帳	
		交付年月日	年 月 日 交付	
		交 付 番 号		
		障害の程度	1. 1 級 2. 2 級 3. A (A 1 ・ A 2 含む)	
助成金振込先	金融機関名	銀行 店		
	種別・番号	普通・当座		
	フリガナ 名 義 人			
	※振込先金融機関の通帳等の写しが必要です。			
備 考				