

様式第 1 号（第 3 条関係）

障害者福祉タクシー利用券交付申請書

年 月 日

（宛先）
岩国市長 様

申 請 者 住 所
氏 名
電話番号

代理申請者 住 所
氏 名
対象者との続柄（ ）
電話番号

次のとおり障害者福祉タクシー利用券を交付されるよう申請します。

対 象 者	氏名		生年月日	年 月 日		
	住所					
	身体障害者手帳	県	障 害 等 級	種 級		
		第 号				
	じん臓機能障害 の有 無	有 無	人 工 透 析	回／週		
	療 育 手 帳	県	総 合 判 定			
		第 号				
	精 神 障 害 者 保 健 福 祉 手 帳	県	障 害 等 級	級		
		第 号				
基礎年金番号 （精神障害）		等 級				
高齢者生き行きサポートタクシー利用券の有無			有・無	市確認欄 □		