

様式第5号（第6条関係）

内子町障がい者タクシー利用助成券交付申請書兼受領書

年 月 日

内子町長 様

住所
氏名 (印)
利用者との関係 ()

内子町障がい者タクシー利用助成事業実施要綱第6条の規定により、次のとおり内子町障がい者タクシー利用助成券の交付を申請します。

利用者氏名					生年月日		
住所	内子町						
身体障害者手帳番号	第 号 (1・2・3級)	療育手帳番号	第 号 (A・B)	精神障害者保健福祉手帳番号	第 号 (1・2級)		
連絡先	氏名		電話		利用者との関係 ()		
確認事項	<input type="checkbox"/> 利用者は要綱第3条に定める福祉施設に入所していません。 <input type="checkbox"/> 利用者は非課税世帯に属しており、そのための課税状況調査に同意します。						
備考							

交付助成券番号

第 号

内子町障がい者タクシー利用助成券を正に受領しました。

年 月 日

氏名 (印)

※内子町記載欄

年 月 日	課長	課長補佐	係長	担当
内子町障がい者タクシー利用助成券の交付を適当と認める。				