

別記様式第1号(第5条関係)

聖籠町福祉タクシー利用助成券及び自動車燃料費助成券交付申請書

年 月 日

聖籠町長 様

(申請者) 住 所 聖籠町大字
氏 名
電話番号
利用対象者との続柄：

聖籠町福祉タクシー利用料金及び自動車燃料費助成事業実施要綱第5条の規定により、下記のとおり申請します。

対 象 者	氏名		生年月日	年 月 日
	住所	聖籠町大字	電話番号	
希 望 助 成 内 容		福祉タクシー利用助成券 ・ 自動車燃料費助成券		
手 帳 内 容	身体障害者手帳	級 (種) 第 号 (障害名)		
	療育手帳		精神障害者福祉手帳	

備考 申請には障害者手帳を提示してください。