

別記様式第3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

(申請者) 住 所 聖籠町大字〇〇****番地
氏 名 聖籠 緑丸 ㊟
電話番号 ××-××××
利用対象者との続柄: 本人

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	聖籠 緑丸	生年月日	〇〇年 〇月 ×日
	住所	聖籠町大字〇〇****番地	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	1 級 (1 種) 第 11111 号 (障害名 ■■■機能障害)		
	療育手帳			
	精神障害者福祉手帳			

どちらか一方を○で囲む。

備考 申請には障害者手帳を提示してください。

該当する手帳を○で囲む。
※身体：1、2級及び3級の一部
療育：A
精神：1～3級