

|      |  |
|------|--|
| 登録番号 |  |
|------|--|

福祉タクシー利用登録申請書

年 月 日

ふじみ野市長 宛て

住所

申請者 氏名

(受領者) 電話番号

本人との続柄 ( )

下記のとおり福祉タクシー利用登録を申請いたします。

記

| 障害者名 | ふりがな        |    |   | 住所 |  |
|------|-------------|----|---|----|--|
|      | 氏名          |    |   |    |  |
|      | 生年月日        | 年  | 月 |    |  |
| 手帳等級 | 身体障害者手帳     | 1  | ・ | 2級 |  |
|      | 療育手帳        | Ⓐ  | ・ | A  |  |
|      | 精神障害者保健福祉手帳 | 1級 |   |    |  |