

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 日		
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		