

様式第1号

## 十日町市障がい者タクシー利用券交付申請書

平成 年 月 日

十日町市長 様

申請者	〒 ー 住所 十日町市 電話 ( )
	氏名 印 生年月日 T・S・H 年 月 日 ( 歳)

下記により、障がい者タクシー利用券助成事業の対象者に該当しますので、助成の適用を受けるべく障がい者タクシー利用券の交付を申請します。

	対象障がい名および障がい等級	
	障がい名	等級
・身体障がい者手帳 ・療育手帳 ・精神障がい者保健福祉手帳  交付年月日 S・H 年 月 日  手帳番号 十日町市 第 号	視覚障がい	1・2・3
	聴覚障がい	2
	肢体不自由	1・2・*3
	心機能障がい	1・3
	腎臓機能障がい	1・3
	呼吸機能障がい	1・3
	ぼうこう直腸機能障がい	1・3
	肝臓機能障がい	1・2・3
	療育手帳	A
	精神障がい者保健福祉手帳	1

\*肢体不自由については上肢のみ不自由は除く

利用券 No

--