

様式第3号

十日町市障がい者タクシー等利用料金助成事業認定申請書

年 月 日

十日町市長 様

申請者	〒	—
	住所	十日町市
	電話	( )
	氏名	Ⓜ
	生年月日	年 月 日 ( 歳)

下記により、障がい者タクシー等利用料金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ため、下記のとおり申請します。

記

・身体障がい者手帳 ・療育手帳 ・精神障がい者保健福祉手帳	対象障がい名および障がい等級	
	視覚障がい	1・2・3
聴覚障がい	2	
肢体不自由	1・2・*3	
心臓機能障がい	1・3	
腎臓機能障がい	1・3	
呼吸器機能障がい	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	

交付年月日 年 月 日  
手帳番号 十日町市 第 号

\*肢体不自由については上肢のみ不自由は除く

<振込指定金融機関>

金融機関名	銀行・信組・信金・労金・農協	支店
口座番号 (普通・当座)		
フリガナ (必ず記入してください。)		
口座名義人		

\*振込先の口座名義は申請者本人に限ります。