福祉タクシー事業利用登録申請書

年　　月　　日

　　(宛先)山武市長

住所

申請者　氏名

対象者との続柄

　 福祉タクシー事業の利用登録を受けたいので、申請します。

　1　対象者

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 住所 | 山武市 | | | 生年月日 | | 年　月　日 |
| 氏名 |  | | | 性別 | | 男　　・　　女 |
| 身体障害者手帳番号 | | | 都道府県　第　　　　号(　年　月　日交付)　　種　　級  　(障害名) | | | | |
| 療育手帳番号 | | | 第　　　号　　　　　　(　　年　　月　　日交付)  　(障害の程度) | | | | |
| 精神障害者保健手帳 | | | 第　　　号(　　年　　月　　日交付)  障害等級 | | | | |
| 登録番号 | | | ※ | 登録年月日 | | ※　　年　　月　　日 | |

　2　助成金の振込先

　　　　　　　 銀行　　　　　　　　本店

　　　　　　　 金庫　　　　　　　　支店

　　　　　　　 農協　　　　　　　　支所

　 口座番号

　　(カナ)

　 名義