

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