

和光市福祉タクシー利用券交付申請書

年 月 日

和光市長 様

申請者 住所

氏名

電話

和光市福祉タクシー利用券の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

住所		
対象者氏名		
手帳	身体障害者手帳	1級・2級
		3級（下肢・体幹・視覚）
		4級・5級・6級（視覚）
	療育手帳	① A B
精神障害者保健福祉手帳	1級・2級	
現在の施設への入所状況	入所している（施設名： ） 入所していない	
備考	タクシー券交付番号 No.	