

様式第1号（第5条関係）

福祉タクシー利用料金助成事業申請書

年 月 日

海南市長 様

（申請者）住 所 海南市
氏 名

対象者との続柄（ ）

福祉タクシー利用料金の助成を受給するため、次のとおり申請します。

なお、海南市福祉タクシー利用料金助成事業実施要綱第3条に規定する受給資格の審査のため、住民登録資料、障害者手帳台帳等を閲覧することについて、同意します。

対 象 者	氏 名		生年月日	年 月 日（ 歳）	
	住 所	海南市（電話番号 - ）			
身 体 障 害 者 手 帳	手帳番号	和歌山県（海草）第 号		等 級	1 級 2 級 3 級（視覚・下肢・体幹）
	交付年月日	年 月 日 交付			
	障 害 名	1 視覚障害 3 四肢体幹障害 2 聴覚障害 4 内部障害			
療 育 手 帳	手帳番号	和歌山県 海 第 号		障 害 程 度	A 1 A 2
	交付年月日	年 月 日 交付			
精 神 障 害 者 手 帳	手帳番号	号		障 害 程 度	1 級
	交付年月日	年 月 日 交付			
備 考		(対象者以外に送付・連絡を希望する場合は住所・連絡先等を記入)			

利用者番号	基本コード