

やすらぎタクシー運賃助成事業利用申請書

年 月 日

太子町長 様

申請者 氏名

タクシー運賃の助成を受けたいので、やすらぎタクシー運賃助成事業実施要綱第4条の規定により申請します。

住 所	太子町			電話番号	
世帯員氏名	障害者との続柄	生 年 月 日			備 考
	本人	年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			

区分 (いずれかに ○を記入して ください)		身体障害者手帳 (1級 ・ 2級)		
		療育手帳 (A)		
		精神障害者保健福祉手帳 (1級)		
手帳番号	第 号	自動車税種別割減免	有 ・ 無	

※手帳（原本）を窓口にご提示ください。

受 付 印

※以下の欄は記入しないでください。

交付番号	
交付枚数	月 × 4枚 = 枚