

様式第 1 号（第 4 条関係）

赤磐市福祉タクシー券交付申請書

年 月 日

赤磐市長 様

申請者 住 所

氏 名 ㊟

電 話
(対象者との続柄)

赤磐市福祉タクシー券交付要綱第 4 条の規定に基づき、福祉タクシー券の交付を申請します。

この申請につき、福祉担当課長が、私又は世帯員の税務関係情報の調査を行うこと、及び税務担当課長が回答することに同意します。

交付対象者	住 所	赤磐市
	氏 名	男 ・ 女
	生 年 月 日	大正 昭和 平成 年 月 日 (満 歳)
該 当 要 件	(1) 申請日において、75 歳以上の在宅の者 (2) 1 級から 3 級の身体障害者手帳を所持する者 (3) 療育手帳を所持する者 (4) 1 級又は 2 級の精神障害者保健福祉手帳を所持する者	

認定番号 ()