様式第２号（第６条関係）

年　　月　　日

社会福祉法人上三川町社会福祉協議会長　様

申請者　住　所　上三川町

（利用者）氏　名　　印

（電話　　－　　）

（ﾌｧｸｽ　　－　　）

年度　タクシー利用券交付申請書

社会福祉法人上三川町社会福祉協議会タクシー料金助成事業実施要綱第６条の規定により申請します。

記

ふりがな 利用者氏名			
生年月日	明・大・昭・平・令　　年　　月　　日　生		
障害の種類	視覚　聴覚　肢体　内部　複合　その他		
手帳の種別	身体障害者	療育	精神保健福祉
手帳の等級	１級・２級	Ａ１・Ａ２	１級
手帳番号	県　　第　　号		
主な使途	通院　・　公共機関　・　駅　・　買い物　・　行楽　・ その他（　　）		

＊社協記入欄		
表紙番号	在宅確認	備考