

重度心身障がい者福祉タクシー利用券申込書

令和 年 月 日

坂城町長 山 村 弘 様

住所 坂城町大字 _____

組合 _____

氏名 _____

重度心身障がい者福祉タクシー利用券交付要綱により、利用券を交付してください。

障がい者等氏名		生年月日	年 月 日
世帯主又は保護者		続 柄	
(1)身体障害者手帳番号	長野県第	号	1級 ・ 2級
(2)特別児童扶養手当証書番号	長特第	号	1級 ・ 2級
(3)国民年金法の障がい程度	1級 10号・11号	2級	16号・17号
備 考	施設名	入所年月日	
	病院名	入院年月日	