

第1号様式(第3条関係)

松田町福祉タクシー利用申請書

年 月 日

松田町長 殿

申請者 住所 松田町  
 氏名  
 電話 ( )  
 障害者との続柄 ( )

松田町福祉タクシー実施要綱第3条の規定により次のとおり申請します。

ふりがな 氏名	男・女	年 月 日	歳
住所	松田町		
障 害 状 況	部 位 ・ 等 級		手 帳 番 号 等
	障	<input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 体幹 <input type="checkbox"/> 視覚	第 号
	害	<input type="checkbox"/> 内部 ( 級)	
	療	<input type="checkbox"/> A	第 号
	育	判定 ( ) 判定機関( )	
その他			
※ 審査及び決定			
審 査	(実施要領第2条) <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 判定状況 <input type="checkbox"/> 施設入所		
決 定	<input type="checkbox"/> 交付する <input type="checkbox"/> 交付しない 理由 ( )		