

## 宝塚市福祉タクシー券交付申請書

太線枠内のみご記入下さい。

利 用 者	氏 名	生 年 月 日	大正 昭和 年 月 日生
	〒 ー 住 所 宝塚市		
	電 話 (       ) ー	身体状況 要介護度 4・5 その他(       )	
<p style="text-align: center;">上記のとおり、宝塚市福祉タクシー料金助成実施要綱の規定に基づき、</p> <p style="text-align: center;">宝塚市福祉タクシー利用券の交付を申請します。</p> <p style="text-align: center;">なお、申請事務に必要な市税に関する賦課徴収資料及び介護保険給付の</p> <p style="text-align: center;">利用状況に関する調査を承諾します。</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">年 月 日</p> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;">利用者氏名 ※</p> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;">(※) 本人が自署しない場合は、記名押印してください。</p>			
障 害 区 分	身障手帳	兵庫県第       号 種 級 交付日    年 月 日 障害名 (       )	
	療育手帳	第       号 障害程度 (       ) 交付日    年 月 日	