

## 平成\*\*年度 吉岡町福祉タクシー利用券交付申請書

平成 ○○ 年 ○ 月 ○ 日

吉岡町長様

福祉タクシー利用券の交付を申請します。

福祉タクシー券を利用する方の名前  
を記入して下さい。

申請者住所	吉岡町大字 下野田560		
申請者氏名	吉岡 太郎  印		
生年月日	明治・大正・昭和・平成 ○○ 年 ○ 月 ○ 日 (満 ××歳)		
電話番号	0279 - 54 - 3111		
対象区分	<input checked="" type="radio"/>	70歳以上の高齢者のみの世帯	
	<input type="checkbox"/>	身体障害者手帳 県 第 号 昭和・平成 年 月 日 交付	
	<input type="checkbox"/>	療育手帳	
	<input type="checkbox"/>	保健福祉手帳 1級・2級・A1・A2・A3	

※ 太枠内を記入して下さい。

当てはまる要件  
の欄に丸を付けてください。

障害者手帳をお持ちの  
場合は、手帳の番号と  
等級の記入をお願いし  
ます。

交付印