

＊＊年度 吉岡町福祉タクシー利用券交付申請書

〇〇 年 〇 月 〇 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 〇〇年 〇月 〇日 (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="radio"/>	身体障害者手帳	県 第 号
	<input type="radio"/>	療育手帳	昭和・平成 年 月 日 交付
<input type="radio"/>	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
----	--	--	--	--	---