

助成券No.

様式第2号（第4条関係）

岩沼市福祉タクシー利用助成券交付申請書

令和 年 月 日

岩 沼 市 長 殿

申請者

住 所 _____

氏 名 _____

電 話 _____

福祉タクシー利用券の交付を受けたいので、下記により申請します。

記

障害者等氏名		生年月日	年 月 日生
障害者等住所	岩 沼 市		
種 別	身 体 ・ 知 的 ・ 精 神 ・ 特 定		
手帳等番号	第 県・市号	等級	1 級 ・ 2 級 ・ 3 級 ・ A
施設入所の有無	無・有 入所施設名（ ）		

生活保護の受給なし

受領書

令和 年 月 日

私は、上記（障害者等）の岩沼市福祉タクシー利用助成券を受領しました。

受領者 申請者本人

申請者以外（氏名： 続柄： ）

連絡先TEL： _____