

様式第 1 号（第 5 条関係）

光市心身障害者（児）福祉タクシー利用券交付申請書

年 月 日

光市長 様

申請者 住 所
ふりがな
氏 名
生年月日 年 月 日
(保護者氏名)

光市心身障害者（児）福祉タクシー助成要綱第 5 条の規定により、光市心身障害者（児）福祉タクシー利用券の交付を申請します。

記

身 体 障 害 者 手 帳	番 号	第 号	
	等 級	1 ・ 2 ・ 3 級 腎	
療 育 手 帳	番 号	山口県 第 号	
	判 定	A ・ B	
精 神 障 害 者 保 健 福 祉 手 帳	番 号	山口県 第 号	
	等 級	1 級	
光市高齢者バス・タクシー 運賃助成事業助成券の交付	受けていない ・ 受けている		
本タクシー券の交付申請に当たり、タクシー券の交付に必要な光市高齢者バス・タクシー運賃助成事業助成券の交付状況等の調査をすることについて同意します。		(同意チェック) ☐	
備 考	タクシー券番号 ()		