

様式第3号（第4条関係）

女川町福祉タクシー（外出支援サービス）利用助成券交付申請書

年 月 日

女川町長 殿

（申請者）

住 所 女川町 _____

氏 名 _____ ⑩

対象者との続柄（ ）

電話番号 _____

福祉タクシー（外出支援サービス）の利用助成券の交付を受けたいので申請します。

対象者住所	女川町		
対象者氏名		生年月日	年 月 日
手帳の種類	身体障害者手帳 1・2・3 級		療育手帳 A・B
	精神障害者保健福祉手帳 1・2・3 級		
障 害 別	視覚・聴覚・肢体・内部・透析・その他		
介 護 認 定	要支援（1・2）		認定有効期間 年 月 日まで
	要介護（1・2・3・4・5）		
※外出支援サービス利用助成券を申請する場合のみ記入			小型 ・ 寝台車等

発行申請枚数	福祉タクシー、外出支援サービス （ ）ヶ月分× 枚＝（ ）枚（ 月申請）		
交付番号	第 _____ 号	備考	