

吳市福祉タクシー乗車券支給申請書（新規・追加）

令和 年 月 日

呉市長様

申請者（本人申請の場合は記入不要）
決定通知送付先 申請者 対象者（本人）

住 所 _____

氏 名 _____

電 話 _____

※日中に連絡の取れる電話番号

対象者との続柄 _____

福祉タクシー乗車券の支給を次のとおり申請します。

なお、福祉タクシー乗車券支給の決定を受けたときは、その利用者であることを地区の民生委員に提供する（2回目以降の福祉タクシー乗車券の配付を、民生委員が行わない場合を除く。）ことに同意します。

対象者	フリガナ	大・昭・平・令	
	氏名	年 月 日	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者の住所と同じ	
	電話番号 ※日中に連絡の取れる電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者の電話と同じ	
身体障害者手帳	第 種 級 <input type="checkbox"/> じん臓機能障害 (通院証明書 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	療育手帳 <input type="checkbox"/> (A) <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> (B)	
窓口職員確認欄	通院証明書説明済み <input type="checkbox"/>		
◎初回福祉タクシー乗車券 受取希望場所	<input type="checkbox"/> 社会福祉協議会 (福祉会館1階)	□ () 市民センター	

※バス優待（敬老・障害者）又は紙おむつ購入助成券（高齢者・障害者）をお持ちの方は、申請時に廃止届を提出してください。

※じん臓機能障害で血液透析を受けている方は、通院証明書を添付してください。

以下は記入しないでください

受付	担当	副担当	主査	G L	課長	決定番号	
						入力日	令和 年 月 日
<input type="checkbox"/> バス優待（敬老・障害者）（削除） <input type="checkbox"/> 紙おむつ券（高齢者・障害者）（返還） <input type="checkbox"/> 未交付							受付印
処理日 令和 年 月 日							
認定結果	備考						
認定・却下							