様式第５号（第４条関係）

　　年　　月　　日

重度身体障がい者等リフト付タクシー料金助成申請書

太　子　町　長　　様

 　 申請者　住所

 　 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

 　　 電話 　　　　　（　　　）

太子町重度身体障がい者等リフト付タクシー料金助成事業実施要綱第４条の規定により、申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  対 象 者 | 住 所 |  太子町 |
| ふりがな氏 名 |  | 性　別 |  男　 ・　 女 |
| 生年月日 |  　　　 　　年　 　月　　 日 |  申請者との続柄 |  |
| 身体障がい者手 　 帳 |  　　　　　第　　　　　　　　号 | 級 　　　　 種 |
| 障がい名 |  |
| 施設入所 |  　　１、入所している　　　２、入所していない |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

【担当課記入欄】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 助成の可否 | 可　・　否 | 交付番号 | 第　　　　　　　　号 |
| 交付年月日 | 年　 　月　　 日　 | 交付枚数 | 枚　　 |