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 |