

茂原市福祉タクシー利用資格者証交付申請書

年 月 日

(宛先) 茂原市長

申請者 住 所
氏 名

茂原市福祉タクシー事業実施要綱第5条第2項の規定により、福祉タクシーの利用資格の認定を受けたいので、次のとおり申請します。

住 所			
ふりがな 氏 名			
生 年 月 日		電 話	
主 たる 利 用 目 的			
助成金の振込先	金融機関名		
	本支店名		
	口座番号	普通 ・ 当 座	
	口座名義人	フリガナ	

認 定 番 号	※	交 付 枚 数	※
---------	---	---------	---

※印欄は記入しないで下さい。

◎添付するもの

- ・身体障害者手帳の写し
- ・療育手帳又は同程度の状態にあることを証するものの写し