

受付印

(表面)

播磨町福祉タクシー利用券交付申請書

年 月 日

播磨町長様

申請者 住所 播磨町

氏名 _____ 印

本人 本人以外 ()

電話番号 ()

播磨町福祉タクシー利用券の交付を受けたいので、播磨町重度障害者（児）福祉タクシー事業実施要綱第4条の規定により申請します。なお、下記の内容に虚偽があった場合や交付の対象となくなつた場合は、利用券を返却します。

対象者・児	氏名	男・女	生年月日	年 月 日	
	住所	(申請者と同じ場合は、記入不要です。) 播磨町 TEL () -			
	障害区分	手帳区分	有効期限・再判定		
		<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (1級・2級)	再認定なし・(年 月)		
		<input type="checkbox"/> 療育手帳 A判定	次回判定不要・(年 月)		
手帳番号	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 1級	更新手続中・(年 月)			
		兵東加・兵庫県・兵東県・その他() 第 号			

※ 以下の欄は記入しないでください。

交付番号		交付枚数	枚
確認欄	<input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 重複確認 (台帳確認) <input type="checkbox"/> 代理人本人確認書類 ()	確認者	

(裏面)

委任状

年 月 日

播磨町長様

福祉タクシー利用券
交付対象者

住 所 播磨町 _____

氏 名 _____ 印

私の播磨町福祉タクシー利用券の交付申請について、
下記の者に委任します。

代 理 人

住 所 _____

氏 名 _____ 印