

大分市障害者タクシー利用券交付申請書

年 月 日

大分市長

殿

申請者 住 所 大分市

(委任者) 氏 名

電話番号

代理人 住 所

(受任者) 氏 名

電話番号

本人との続柄

大分市障害者タクシー料金に対する助成に関する要綱第7条の規定により次のとおり申請します。

障害者氏名		生年月日	年 月 日
手 帳 番 号	大分県 第 号 大分市	交付年月日	年 月 日

利用券の種類	障がい名・等級							
普通タクシー	視覚		肢体不自由 (上肢のみを除く)		内部	知的		精神
	1級	2級	1級	2級	1級	A1	A2	1級
福祉タクシー (車イス用)	車イスを常用していること							
	肢体不自由(上肢のみを除く)				内部			
リフト付福祉タクシー (車イス・ストレッチャー用)	1級		2級		1級			

利用券No.					交 付 枚 数	枚
--------	--	--	--	--	---------	---

有料道路割引削除済