

多賀城市福祉タクシー利用券交付申請書兼受領書

年 月 日

多賀城市長 殿

住所 多賀城市

申請者 氏名

電話

多賀城市福祉タクシー利用券の交付を受けたいので、下記により申請します。

記

確認同意欄	<input type="checkbox"/> 私は福祉タクシー利用助成申請に係る事務処理の範囲内で、私及び世帯員の市民税課税状況について多賀城市が調査することに同意します。 <input type="checkbox"/> 私は生活保護を受給していません。
-------	---

対象者氏名	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ	生年月日	年 月 日
対象者住所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ 多賀城市		
手帳種別	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（ <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 内部） <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 障害者（精神保健福祉）手帳		
手帳番号	県 第 号	等級	級 ・ A
施設入所	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 入所施設名（ ）		

受 領 書

年 月 日

多賀城市長 殿

次のとおり多賀城市福祉タクシー利用券を受領しました。

氏 名 \_\_\_\_\_

券 番 号 \_\_\_\_\_