

年 月 日

坂 出 市 長 殿

申請者
住 所

氏 名
電 話

坂出市障がい者福祉タクシー助成券交付申請書

次のとおり、坂出市障がい者福祉タクシー助成券の交付を申請します。

対象者	住 所	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
	手帳種類	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳1級 第 号 <input type="checkbox"/> 療育手帳④判定 第 号 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳1級 第 号 （認定の有効期限 年 月 日）
	<input type="checkbox"/> 私は、交付の申請に対する決定のため、助成対象者の情報について、住民票、障害者手帳等により確認されることを承諾します。 <input type="checkbox"/> 私は、申請時点で入院しておらず、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、老人保健施設、介護医療院、介護療養型医療施設、グループホーム、サービス付き高齢者向け住宅、生活支援ハウス、障害者支援施設等に入所または入居をしていません。	

委任状（申請者が本人以外の場合）

私は、都合によりこの申請手続を直接行うことができないので、次の者に申請および助成券の受取りを委任します。

年 月 日

委任する者 住所

（本人） 氏名

印

委任を受ける者 住所

氏名

（本人との関係 ）

