

出雲崎町福祉タクシー・バス利用券追加交付申請書

令和 年 月 日

出雲崎町長 様

住所
申請者 氏名
(利用者との続柄)

下記のとおり、福祉タクシー券の追加交付を申請します。

記

利用者氏名		生年月日	大・昭・平 年 月 日 (歳)
住 所	出雲崎町大字		

○医療機関証明欄

医療機関 証明欄	上記の者が、年間を通じて月に____回以上定期的に通院している（通院する必要がある）ことを証明します。
	医療機関名
	医 師 名 ⑩

※追加交付の対象となる通院頻度

町内医療機関：年間を通じて月に2回以上

町外医療機関：年間を通じて月に1回以上

町記入欄（ここから下の欄には記入しないでください。）

受付年月日		交付年月日		交付番号	
身分証明書 〔申請書に押印が 無い場合のみ〕	① ②	委任状 〔申請者が利用者と 別居の場合のみ〕		<input type="checkbox"/> 確認	
前回交付番号		確認書類	・障害者手帳 ・保険証 ・台帳 ・その他 ()		