

様式第1号(第4条関係)

受付年月日	年 月 日	発券 No.	
<h2>遊佐町福祉タクシー利用資格認定申請書</h2> <p>遊佐町福祉タクシー利用資格の認定及び利用券の交付（追加交付）を申請します。</p>			
申請者（対象者）	住所	遊佐町 (集落名：)	
	フリガナ		大 昭 平
	氏名	生年月日	年 月 日
		電話番号	
申請理由	1 障がいにより運転が困難である者(障害等級等について下記に記載願います。) 2 自動車運転免許証の交付を受けていない（返納した）者 3 その他 ※下記に具体的理由を記載願います。 ()		
障がい区分	身体障害者手帳	手帳番号 山形県第 号(級) 障害の種類【上肢・下肢・体幹・視覚・心臓・腎臓・肝臓・呼吸器】	
	療育手帳	手帳番号 号 (A ・ B)	
	精神障害者 保健福祉手帳	手帳番号 号(級)	
	難病	疾患名【 】	
認定の可否	可・否	否の場合理由	

代理人が申請する場合は、下欄も記入してください。

住 所			
氏 名			
電話番号		申請者との関係	

※職員記入欄

申請者以外の方が提出した場合 氏名	
申請者又は提出者の本人確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他 ()