

様式第1号

平成 年 月 日

岩舟町長 様

申請者

住所 岩舟町大字

氏名 ㊟

電話番号

岩舟町福祉タクシー利用申請書

岩舟町福祉タクシー事業実施要綱第5条の規定により申請します。

記

氏名		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 ( 歳)
区分	1 障害者	障害の種類	
		障害の程度	
	2 高齢者	通院等の状況	

※区分欄の該当する番号を○で囲んでください。