

様式第 3 号（第 8 条関係）

湯河原町福祉タクシー利用申請書

年 月 日

湯河原町長 様

申請者 住 所

氏 名

電話番号 ()

障がい者等との続柄 ()

湯河原町在宅重度障がい者等福祉タクシー利用助成事業実施要綱第 8 条の規定により次のとおり申請します。

フリガナ 対象者氏名			年 月 日生	歳		
住 所	湯河原町					
障 が い 内 容	障 が い 名 ・ 等 級			手 帳 番 号 等		
	身 体	☐ 視覚 ☐ 聴覚 ☐ 音声・言語 ☐ 肢体 ☐ 内部 ☐ 内部（腎臓機能障害 1 級） ☐ 1 級 ☐ 2 級 ☐ 3 級			第 号	
		再認定年月 年 月				
		療 育	☐ A 1 ☐ A 2 ☐ 知能指数 35 以下			第 号
	次の判定 年 月					
	精 神	☐ 1 級			第 号	
		有効期限 年 月				
	※ 審査及び決定（以下は記入しないで下さい。）					
審 査	☐ 住所 ☐ 身体障害者手帳 ☐ 療育手帳 ☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☐ 判定状況 ☐ 施設入所					
決 定	☐ 交付する。 利用者証番号 第 号 交付枚数 枚 ☐ 交付しない。 理由 ()					