

東金市福祉タクシー事業利用者登録申請書

年 月 日

(宛先) 東金市長

住 所
申請者 氏 名
電話番号

東金市福祉タクシー事業実施要綱第4条第1項の規定により、次のとおり申請します。

利 用 者 氏 名				生年月日	年 月 日	
利 用 者 住 所		東金市				
身 体 障 害 者		手 帳 番 号		障害等級 種 級		
		第 号		障害名		
知 的 障 害 者		手 帳 番 号		障害の程度		
		第 号				
精 神 障 害 者		手 帳 番 号		障害等級 級		
		第 号				
介護認定審査会 による認定結果		要介護 ()				
振 込 口 座	金融機関名			支店名		
	口座番号	(普 ・ 当)		口座名義人 (カナ)		
備考	※認定番号	号	※交付枚数	枚	※審 査	
同意欄 東金市福祉タクシー事業における利用登録申請及び交付申請に当たり、利用者の住所、障害の等級等を、東金市保有の公簿等により市の職員が確認することに同意します。 年 月 日 申請者（利用者）氏名						

注 ※欄には記入しないでください。