

新規	再交付	変更
----	-----	----

別記第1号様式(第6条第1項)

浦安市福祉タクシー乗車券交付申請書

年 月 日

(宛先) 浦安市長

申請者 住 所  
氏 名  
電話番号 ( )

浦安市福祉タクシー乗車券の交付を受けたいので、浦安市福祉タクシーの利用に関する要綱第6条第1項の規定により、次のとおり申請します。

本人の氏名			
本人の住所	浦安市		
生 年 月 日	年 月 日		
身体障害者手帳	1級 ・ 2級 ・ 視覚3級		
療 育 手 帳	㊦・A1・A2	相 談 所 判 定	㊦・A1・A2
精神障害者保健福祉手帳	1級・2級・3級	精神障がいを支給事由とする年金の給付	1級・2級・3級
要介護状態区分	要介護4 ・ 要介護5		
交付希望枚数	20枚 ・ 40枚 ・ 60枚		
※ 交付枚数	20枚 ・ 40枚 ・ 60枚		
※ 交付番号			
振込金融機関	金融機関名		支店名
	口座番号		
	(フリガナ) 口座名義		

- 注 1 ※欄は、記入しないでください。  
2 要介護4又は要介護5に該当することにより申請する方は、介護保険の被保険者証を提示してください。

判定区分	1. 一般利用	2. 介護利用
※介護利用の場合は該当項目を囲むか、必要事項を記入してください		
1. ストレッチャー    2. リクライニング式車いす    3. 障がい児用バギー 4. その他 ( )		