

障害者福祉タクシー利用券交付申請書

対象者氏名	個人番号	生年月日	年 月 日（ 歳）
対象者住所	古河市		
児童の場合は 保護者の氏名		電話番号	
申 請 事 由	身体障害者手帳	第	号 級
	療育手帳	第	号 ㊤ A
	精神障害者保健福祉手帳	第	号
医療機関又は 機能回復訓練 機関の名称			
<p>上記のとおり障害者福祉タクシー利用券の交付を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名： _____</p> <p>古河市長 宛て</p>			

（注）申請の際は、身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳を提示してください。

金融機関名	預金種別	口座番号	（フリガナ） 口座名義人
銀行・金庫 組合・信金	<input type="checkbox"/> 普通		
支店	<input type="checkbox"/> 当座		