

様式第1号

伊丹市福祉タクシー利用券交付申請書

年 月 日

伊丹市長様

伊丹市福祉タクシー利用券を次のとおり交付申請いたします。

対象者	住所	伊丹市		
		電話	()	
	ふりがな			
	氏名			
	生年月日	年 月 日	年齢	歳

※代理人が申請する場合は、下記ご記入のうえ身元を証明できるものをご提示ください。

(住所)		(対象者との関係)
		1 親族(配偶者・子等)
(氏名)		2 福祉関係(ヘルパー等)
		3 その他()

※以下は記入しないでください

手帳番号等	() 第 号						特別乗車証の交付
							あり ・ なし
身	1 種	1 級	療	A判定	精	1級	利用券番号
在	4 ・ 5 ・ 同程度						