

## 加西市福祉タクシー利用券交付申請

申請日 年 月 日

加 西 市 長

居住地

氏名

対象者との関係

電話番号

利用対象者	住 所	〒		
	氏 名	男 ・ 女	生年月日	
	手帳番号		交付年月日	
	障害の程度		障害名	

-----

※ 交 付 番 号	※ 交 付 年 月 日	※ 交 付 枚 数
	年 月 日	