

# 出雲崎町福祉タクシー・バス利用券追加交付申請書

令和 年 月 日

出雲崎町長 様

住所  
申請者 氏名  
(利用者との続柄 )

下記のとおり、福祉タクシー券の追加交付を申請します。

記

|       |        |      |                      |
|-------|--------|------|----------------------|
| 利用者氏名 |        | 生年月日 | 大・昭・平 年 月 日生<br>( 歳) |
| 住 所   | 出雲崎町大字 |      |                      |

○医療機関証明欄

|                  |                                                     |  |  |
|------------------|-----------------------------------------------------|--|--|
| 医 療 機 関<br>証 明 欄 | 上記の者が、年間を通じて月に____回以上定期的に通院している（通院する必要がある）ことを証明します。 |  |  |
|                  | 医療機関名                                               |  |  |
|                  | 医 師 名 <span style="float:right;">印</span>           |  |  |

※追加交付の対象となる通院頻度  
町内医療機関：年間を通じて月に2回以上  
町外医療機関：年間を通じて月に1回以上

町記入欄（ここから下の欄には記入しないでください。）

|                              |   |         |                                       |                              |      |
|------------------------------|---|---------|---------------------------------------|------------------------------|------|
| 受付年月日                        |   | 交付年月日   |                                       | 交付番号                         |      |
| 身分証明書<br>〔申請書に押印が<br>無い場合のみ〕 | ① |         |                                       | 委任状<br>〔申請者が利用者と<br>別居の場合のみ〕 | □ 確認 |
|                              | ② |         |                                       |                              |      |
| 前回交付番号                       |   | 確 認 書 類 | ・障害者手帳      ・保険証      ・台帳<br>・その他 ( ) |                              |      |