

# 金沢市福祉タクシー乗車券交付申請書

(あて先) 金沢市長

令和 年 月 日

住所	金沢市		
ふりがな			
氏名			
生年月日	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 令	年	月 日
連絡先		—	—

金沢市福祉タクシー乗車券の交付を受けたいので、  
次のとおり申請します。(該当箇所に✓)

手帳番号	<input type="checkbox"/> 金沢市	<input type="checkbox"/> 身 障				
	<input type="checkbox"/> 石川県	<input type="checkbox"/> 療 育 第 号 ( ) <input type="checkbox"/> 精 神				
等 級	<input type="checkbox"/> 1級	<input type="checkbox"/> 2級	<input type="checkbox"/> 3級	<input type="checkbox"/> A		
障害の区分	<input type="checkbox"/> 下肢	<input type="checkbox"/> 体幹	<input type="checkbox"/> 視覚	<input type="checkbox"/> 内部	<input type="checkbox"/> 療育	<input type="checkbox"/> 精神
利用者番号	第 号					
枚 数	<input type="checkbox"/> 継続		<input type="checkbox"/> 新規			枚

自ら自動車を運転いたしません。(該当の場合✓)

福祉タクシー乗車券の交付に必要な税関係情報および  
施設入所情報を市長が調査することに同意します。

受付者

氏名

\_\_\_\_\_  
(押印は本人署名の場合省略可能)