

様式第1号（第4条関係）

泉佐野市重度障害者タクシー利用申請書

年 月 日

泉佐野市長 あて

申請者 住 所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_  
電話 \_\_\_\_\_  
続柄 \_\_\_\_\_

泉佐野市重度障害者タクシーを利用したいので、申請します。

重度障害者タクシーの利用を希望する者

氏名	
生年月日	
住所	
身体障害者手帳番号	
療育手帳番号	
精神障害者保健福祉手帳 番号	
<input type="checkbox"/> 施設入所している <input type="checkbox"/> 施設入所していない	施設名：

※ 本市以外で身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳を交付されている場合は、それぞれの手帳の写しを添付してください。