

長野市障害者タクシー利用券支給申請書

令和 年 月 日

長野市長 様

〒 \_\_\_\_\_

申請者 住 所 長野市 \_\_\_\_\_

ふり がな  
氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

タクシー利用券の支給を申請します。

対象者	住 所	申請者と同じ場合は記入不要です		
	ふり がな 氏 名	申請者と同じ場合は記入不要です	男・女	生年 月日
	障害の等級 (総合)	1 級・2 級	身体障害者手帳の番号	明・大・昭・平・令 年 月 日 長野 第 号

障害の種別と等級 (該当する番号にマルをしてください)

- 1 上肢障害 1 級
- 2 下肢障害 1 級
- 3 体幹障害 1 級
- 4 視覚障害 1 級
- 5 下肢障害 2 級
- 6 体幹障害 2 級
- 7 視覚障害 2 級
- 8 心臓障害 1 級
- 9 じん臓障害 1 級
- 10 呼吸器障害 1 級
- 11 ぼうこう・直腸・小腸 1 級
- 12 肝臓障害 1 級
- 13 肝臓障害 2 級
- 14 上肢障害 2 級かつ下肢障害 3 級
- 15 上肢障害 2 級かつ体幹障害 3 級
- 16 ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害 1 級、2 級
- 17 前号に該当する者に準ずる者で、市長が特に認めるもの

※ 太枠のみ記入してください

確 認 欄		職 氏 名	
個人コード		支給券番号	