

別紙

日高町重度身体障害者等福祉ハイヤー利用料金助成申請書

年 月 日

日高町長 様

申請者 住所

氏 名 印

補助対象者との関係

重度身体障害者等福祉ハイヤー利用料金の助成を受けたく、次のとおり申請します。

記

補助対象者

氏 名	(男・女)		生年月日	年 月 日		
住 所	日高町					
身体障害者手帳記載事項	番 号	第 号	交付年月日	年 月 日		
	等 級	種 級	障 害 名	下肢・体幹・視覚・じん臓		
療育手帳記載事項	番 号	第 号	交付年月日	年 月 日		
備 考	療育相談通園児 (通園先)					
	運転免許	有・無	自家用車	有・無	自動車税減免	有・無
	特記事項					

※町記載欄

助成決定	可・否	交付番号	前期・後期	交付年月日	年 月 日
------	-----	------	-------	-------	-------