

## 松江市福祉タクシー利用券交付申請書

年 月 日

(あて先) 松江市長

松江市福祉タクシー利用券の交付を申請します。

申請者 (対象者)	住所	〒 ー 松江市  (電話: ー ー )	
		施設入所	していない ・ している (施設名 )
	ふりがな 氏名		
	手帳番号	身体	島根県 ( )
療育		島 根 東 部 ( )	号
精神			号
申請理由	通院等の交通手段がタクシーのみであるため。		

(注) 医療機関による人工透析のため週 2 回以上通院が必要な方には、その証明書 (様式第 3 号)を出していただくことにより、下記の枚数の利用券を追加して交付します。

- ・週 2 回の通院のとき 1 月あたり 2 枚 (合計 8 枚)
- ・週 3 回以上の通院のとき 1 月あたり 6 枚 (合計 12 枚)

(受付記入欄)

タクシー券番号	交付枚数 (月)	備 考
	6 ・ 8 ・ 12	