

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 ー)
	ふりがな 氏 名		
	手帳番号	身体	島根県 (ー) ー 号 (1 級・2 級) 視覚・聴覚平衡・音声言語そしゃく・肢体・内部 (じん臓・その他)
		療育	島 根 東 部 (ー) ー 号
		精神	ー 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	