

(様式第1号)

身体障害者ハイヤー料金助成申請書

年 月 日

佐呂間町長 様

申請者 住 所

氏 名

佐呂間町身体障害者ハイヤー料金助成要綱に基づき、ハイヤー料金の助成を受けたいので申請します。

受給者	ふりがな		住 所	佐呂間町字
	氏 名			
	生年月日	年 月 日	電話番号	—
世帯主	氏 名		受給者との続柄	
身体障害者手帳	交付年月日	年 月 日	障 害 名	
	番 号	第 号		
	等 級	種 級		
割引券 交付年月日	年 月 日	交付 番号	号	処 理 者

◎身体障害者手帳も一緒に提出して下さい。