

様式第2 (第4条関係)

年 月 日

鹿児島市長 殿

申請者住所

鹿児島市

丁目

番

号

町

番地

方

ふりがな

氏 名

年

月

日生

歳

※

15歳未満の児童又は施設入所者			
ふりがな			
氏 名	_____		
	年	月	日生 歳

鹿児島市友愛タクシー券交付申請書

鹿児島市友愛タクシー券交付規則第4条第1項の規定に基づき、友愛タクシー券の交付を申請します。

身体障害者手帳	第 号	県市号	交付年月日	障 害 名	等 級
			年 月 日	視覚・下肢・体幹・内部	級
療育手帳	第 号	鹿児島県	交付年月日	障 害 の 程 度	
			年 月 日	A・A1・A2	
精神福祉障害者保	第 号	県市号	交付年月日	障 害 等 級	有 効 期 限
			年 月 日	級	年 月 日

備考

- 1 15歳未満の児童については、保護者が代わって申請してください。
- 2 身体障害者更生援護施設等の入所者については、施設等の長が代わって申請できます。
- 3 1又は2の場合には、児童又は当該施設入所者の氏名等を※欄に記入してください。