様式第１号（第３条関係）

美幌町福祉ハイヤー利用料金助成申請書

　　年　　月　　日

美幌町長　　　　　　　　　　様

住　所

申請者

氏　名

美幌町福祉ハイヤー利用料金助成事業実施要綱第３条第１項の規定に基づき、次のとおり福祉ハイヤー利用料金の助成を受けたいので申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 住 所 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 氏 名 |  | | | | | | 生年月日 | | | 年　　月　　日生 | | | | |
| 手帳等 | 番 号 | 第　　　号 | | | | | | 交　付  年月日 | | | 年　　月　　日交付 | | | | |
| 程 度 | 第　種　級 | 下　肢 | | 体　幹 | 視　覚 | | | | 内部（　） | | | 発達支援 | |  |
| 級 | | 級 | 級 | | | | 級 | | | 通　所 | |  |
| 備　考 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 利用券  交　付  年月日  (受付日) | |  | | 交付番号 | | |  | | | | | 処理状況 | |  | |
| 種　　別 | | |  | | 一　　般 | | |
|  | | 通　　年 | | | 台　　帳 | |  | |
|  | | 透　　析 | | |
|  | | 発達支援 | | |