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 |