様式第１号（第５条関係）

重度身体障害者タクシー料金助成申請書

年　　月　　日

せたな町長　高　橋　貞　光　　様

住　所　せたな町＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

（本人との続柄：　　）

重度身体障害者（児）タクシー料金助成を受けたく申請いたします。

受給者	住所	せたな町　　区	
	氏名		男・女
	生年月日	年　　月　　日	
身体障害者手帳	手帳番号	北海道　第　　号	
	認定年月日	昭和・平成・令和　　年　　月　　日	
	部位	下肢・体幹・視覚・内部	
	等級	級	
その他	□自動車税の免除を受けている者		