

様式第1号（第6条関係）

重度身体障害者ハイヤー料金助成申請書

年 月 日

雄武町長 様

申請者 住所 雄武町  
氏名

雄武町重度身体障害者ハイヤー料金助成要綱に基づき、助成を受けたいので申請します。

確認事項

私は雄武町重度身体障害者ハイヤー料金助成について、次の①～③に同意した上で申請します。

- ①交付を受けた助成券は、私のみが使用します。
- ②助成の対象者でなくなったときは、助成券を町に返還します。
- ③私が変更を申し出るまで、私が同じ助成内容を選択したものととして町が取り扱うことに同意します。

助成対象者	ふりがな		住所	雄武町
	氏名			
	生年月日	年 月 日	電話番号	
代理人	氏名		助成対象者との続柄	

助成対象内容（当てはまるところに○をつけてください。）

身体障害者手帳（ 1級 2級 ）の交付を受け、  
（ 下肢障害者 体幹機能障害者 視覚障害者 ）

療育手帳（A判定）の交付を受けた

その他（ ）