

## 介護タクシー利用補助券交付申請書

●●年 ●月●●日

品川区長 あて

私は、介護タクシー利用補助券の交付対象となるため、次のとおり申請します。

|     |            |   |      |           |
|-----|------------|---|------|-----------|
| 障害者 | 住所         | 品川区 広町 2丁目 1番 36号<br>電話（ 03 ） 3777 1111   |      |           |
|     | フリガナ<br>氏名 | シナガワ ハナコ<br>品川 花子   | 生年月日 | ●●年●●月●●日 |
|     | 手帳区分       | ① 下肢・体幹 1～3級<br>2. 視覚障害 1・2級<br>3. 内部障害 1級  |      |           |
|     | 車いす等の使用状況  | <input type="checkbox"/> 手動式車いす <input checked="" type="checkbox"/> 電動車いす <input type="checkbox"/> リクライニング式車いす<br><input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 子ども用車いす（バギー）<br><input type="checkbox"/> その他（ ） |      |           |

申請者（障害者と同じ場合は記入不要です。）

氏名 品川 太郎（障害者との関係 父）

住所 品川区広町2-1-36 電話 080-0000-0000