

年 月 日

### 重症心身障害者等介護タクシー利用料助成受給資格認定申請書

渋谷区長 殿

住所

氏名

下記の者との続柄

下記の者について、介護タクシー利用料助成受給資格の認定を受けたく申請します。

記

住 所 渋谷区		電話 ( )	
フリガナ 氏 名			
生年月日	年	月	日
障 害 内 容	身体障害者手帳 級	愛の手帳 度	
	障害区分 (○をしてください) 内部 聴覚 視覚 体幹 上肢 下肢 半身麻痺		
疾 病 名			
医 療 的 ケ ア の 状 況			

添付書類 手帳の写し 意見書等