

交付番号

障害者交通費助成券交付申請書

年 月 日

（宛先）五島市長

申請者 住 所
氏 名
電話番号
障害者との続柄
（障害者以外が申請する場合）

五島市障害者交通費助成事業実施要綱第7条第1項の規定により、障害者交通費助成券の交付を申請します。

障害者	氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所			
身体障害者手帳	手帳番号	県第 号	障害の級別	種 級
	交付年月日	年 月 日		
	障 害 名			
療育手帳	手帳番号		障害の程度	A1、A2、B1、B2
	交付年月日	年 月 日		
保健福祉手帳 精神障害者	手帳番号		障害等級	1級、2級、3級
	交付年月日	年 月 日		

受 領 書

年 月 日

（宛先）五島市長

氏 名

印

障害者交通費助成券を受領しました。