伊達市障がい者タクシー

利用資格認定証再交付申請書

年　　　月　　　日

　伊達市長　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　対象者との関係

　伊達市身体障がい者タクシー利用資格認定証について再交付を申請いたします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対  象  者 | 氏　　名 |  | 生年  月日 | 年　　月　　日 |
| 住　　所 | 伊達市 | | |
| 再交付理由 | |  | | |

※これ以下は記入しないでください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 処理欄 | 処理月日 | 再交付内容 | 備考 |
|  |  |  |