

様式第 1 号 (第 5 条関係)

木曾岬町高齢者等福祉タクシー乗車券交付申請書

令和 年 月 日

木曾岬町長 様

(申請者) 住 所
氏 名
電話番号

木曾岬町高齢者等福祉タクシー料金助成事業実施要綱第 5 条の規定により、タクシー料金の助成を受けたいので次のとおり申請します。

氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
生年月日	年 月 日生
住 所	木曾岬町大字 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ
電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
利用登録 基 準	<input type="checkbox"/> 満 75 歳以上の者 <input type="checkbox"/> 運転免許証返納者 <input type="checkbox"/> 要支援・要介護認定者・事業対象者 (被保険者番号) <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 1・2・3 級 (手帳番号) <input type="checkbox"/> 療育手帳 A・B (手帳番号) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 1・2 級 (手帳番号) <input type="checkbox"/> その他 (理由)
登録番号	※更新時のみ記載

添付書類 (お持ちの方) 身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者手帳の写し