様式第２号（第５条関係）

年　　月　　日

吉岡町タクシー利用助成券交付申請書

吉岡町長　　　　　様

　吉岡町タクシー利用助成券の交付を受けたいので、吉岡町タクシー運賃等助成事業実施要綱第５条の規定により申請します。

申請者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 住　　所 |  | | |
| ふりがな |  | 対象者  との  続柄 | □本人  □対象者の属する世帯構成者  又は親族（続柄：　　　　　）  □包括支援センター職員  又は居宅介護支援事業者職員  □法定代理人  □民生委員・児童委員 |
| 氏　　名 |  |
| 電話番号 | ※日中連絡可能な電話番号 |

交付対象者

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 | □申請者と同じ | | 住所 | □申請者と同じ  吉岡町大字 |
| 電話番号 | □申請者と同じ | | 生年  月日 | 年　　月　　日（　　歳） |
| 対象要件 | □年齢満７０歳以上 | | | |
| □年齢満１９歳以上で、以下の理由により運転免許証を有していない | | | |
| □返納 | 返納年月　　　　　　　　　　　　年　　　　月 | | |
| □失効 | 私の運転免許証は、申請日現在失効しており、更新手続きをする意志はありません。 | | |
| □未取得 |  | | |
| □以下のいずれかの手帳を保有 | | | |
| □身体障害者手帳１・２級（吉岡町じん臓機能障害者通院交通費補助の利用なし）  　□療育手帳Ａ　　□保健福祉手帳１・２級 | | | |

［職員記入欄］以下の欄には、記入しないでください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 利用者№ |  | 代理人  確認 | 免、パ、保、マ、他（　　　　　　　） |
| 交付年月日 | 年　　　 月　　　 日 | 〔委任状持参時〕委任状確認：□ |
| 手帳の確認 | 県　第　　　　　　　号　　　　年　　　月　　　日交付　　　　等級（　　　　） | | |