年度大台町高齢者等外出支援事業タクシー等利用助成券交付申請書

年　　月　　日

大台町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所　大台町

　　　　　　　　　　　　　　　申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　大台町高齢者等外出支援事業タクシー利用助成券の交付を次のとおり申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 利用者氏名 | □申請者と同じ | 生年月日 | 　　　 　　年 　　月 　　日 |
| 利用者住所 | □申請者と同じ大台町 | 電話番号 | ０５９８－ |
| 手帳の有無 | 身体障害者手帳（　　　級）・ 療育手帳 ・ 精神障害者保健福祉手帳 |
| 施設に入所している | はい（施設名：　　　　　　　）・いいえ |
| 自動車を運転している | はい　・　いいえ |
| 生活保護を受けている者で医療費の移送費加算を受給している | はい　・　いいえ |
| 母子手帳交付年月日（妊産婦の方のみ） | 　　　　年　　　月　　　日 |

|  |
| --- |
|  |

＊処理欄（以下は記入しないで下さい）

交付資格　　　有　・　無　（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付年月日 | 　　　　　年　　　月　　　日 |
| 交付年月日 | 　　　　　年　　　月　　　日 |
| 交付枚数 |  | 台帳整理 |  |