

令和5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

令和 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	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日	T・S H・R 年 月 日
利用者住所	<input type="checkbox"/> 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		
医療費の移送費加算を受給している （生活保護受給者の方のみ）	はい ・ いいえ		
母子手帳交付年月日 （妊産婦の方のみ）	令和 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	令和 年 月 日
交付年月日	令和 年 月 日
交付枚数	台帳整理