令和７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

　　　　　　　　　（申請者）住所　大台町

氏名

申請者との関係

　大台町高齢者等外出支援事業タクシー等利用助成券の交付を受けたいので、大台町高齢者等外出支援助成事業実施要綱第３条の２の規定により申請します。

なお、下記の交付要件の対象者ではなくなった場合は、利用券を返却します。

記

1. 交付要件
* 老人福祉法、介護保険法、身体障害者福祉法又は知的障害者福祉法の規定による施設に入所していないこと。
* 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ないこと。
* 自動車を自分で運転していないこと。（妊産婦は除く。）
1. 住民情報の閲覧に対する同意
* 申請にあたり、町が私の住民基本台帳情報等を調査することに同意します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | フリガナ |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日（　　　　　　歳） |
| 氏名 | □申請者と同じ |
| 住所 | □申請者と同じ大台町 |
| 電話番号 | ―　　　　　　　　　　　　　　― |
| 該当する項目に（〇） |
| 70歳以上の方 | 運転免許証を保有している　／　運転免許証を返納済である／　運転免許証を保有していない |
| 手帳の種別 | 身体障害者手帳１・２級　　／　　療育手帳　　／　　精神障害者保健福祉手帳 |
| 母子手帳交付年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |

上記の内容に相違ありません。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付年月日 | 令和　　年　　　月　　　日 | 該当区分 | □70歳以上　□手帳保有　□妊産婦 |
| 交付年月日 | 令和　　年　　　月　　　日 |
| 交付番号 |  | 交付枚数 |  |

* 町記入欄