

中之条町福祉タクシー利用料金助成申請書

年 月 日

中之条町長 様

申請者（助成を受けようとする者）

住所 中之条町大字

氏名

福祉タクシー利用料金の助成を受けたいので要綱第4条の規定により次のとおり申請します。
 この申請にあたり、町税、使用料等の納付状況について町が調査することに同意します。
 また、この申請内容に偽りはなく、交付された助成券は、不正に使用したり他人に譲渡したり
 しません。

生年月日	年 月 日	性別	男・女
電話番号			
助成要件	<input type="checkbox"/> 自動車運転免許を有しない満65歳以上の者		
	<input type="checkbox"/> 自動車運転免許を返納した者		
	<input type="checkbox"/> 障害者手帳の交付を受けた者 ※身体（視覚・下肢・第1種）・療育・精神		
	<input type="checkbox"/> その他（ ）		

----- 以下の欄は町が使用します -----

課		助成券番号	
確認日	年 月 日	当初自己負担額	
滞納有無	確認者印	未使用の助成券の枚数	
有・無		自己負担額から控除する額	
		差引自己負担額	

交付決定	町長	副町長	課長	次長	係長	課員	取扱者
可・否							