様式第１号（第３条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | 交 付 番 号 | | |  | |
| 高齢者福祉タクシー助成券交付申請書  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日  　下妻市長　　様  （申請者）住　所　下妻市  氏　名  代理者  （続柄：　　　　）  　次の者が高齢者福祉タクシーを利用したいので、下妻市高齢者福祉タクシー利用料金助成事業実施要綱第３条の規定により、助成券の交付を申請します。 | | | | | | | | | | |
| （フリガナ）  氏　　名 | | （　　　　　　　　） | | | 男・女 | 生年月日 | 大・昭  　　　年　　月　　日  　　　 （満　　歳） | | | |
| 住　　所 | | 下妻市 | | | | 電話番号 | － | | | |
| ※対象者の確認（以下の要件を確認の上、レ印を付してください。）  □　満６５歳以上である。  □　自動車の運転免許証を所有していない。  □　障害者福祉タクシー利用料金助成事業を利用していない。  □　自動車税又は軽自動車税の減免を受けていない。 | | | | | | | | | | |
| 処　　理　　欄 | | | | | | | | | | |
| 交付済　　未交付 | | | 決　裁 | 課　長 | | 課長補佐 | | 係　長 | | 係　員 |
|  | |  | |  | |  |
| 確認帳簿 | １　住民基本台帳  ２　被保険者証（介護・社保・国保・後期）  ３　その他（マイナンバーカード、運転経歴証明書　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 備　　考 |  | | | | | | | | | |