

高齢者福祉タクシー助成券交付申請書

さぬき市長 殿

申請者 住所 さぬき市

氏名 (印)

(代理人申請の場合)

代理人氏名 (印)

さぬき市高齢者福祉タクシー助成券の交付を受けたいので、さぬき市高齢者福祉タクシー助成事業実施要綱第 4 条の規定により申請します。

なお、交付要件を確認するため、私及び世帯員の所得の状況について、地方税法の規定に基づく課税台帳により確認すること及び私の介護保険法の規定に基づく介護認定結果を閲覧することについて、同意します。

申請者本人	氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日
	住所	さぬき市 番地 (アパート・マンション名 号室)				
	電話番号					
	介護認定の状況	・被保険者番号 第 号 ・要支援 (1・2) 要介護 (1・2・3・4・5) ・認定日 年 月 日 ・認定の有効期間 年 月 日～ 年 月 日				
交付希望場所	(希望する交付場所に <input checked="" type="checkbox"/> を付けてください。)					
	<input type="checkbox"/> 長寿介護課(寒川庁舎内) <input type="checkbox"/> 生活環境課(市役所本庁内) <input type="checkbox"/> 津田出張所 <input type="checkbox"/> 大川出張所 <input type="checkbox"/> 長尾出張所					
世帯員の状況	氏名	生年月日 (年齢)		続柄	※市役所記入欄	
		(歳)				
		(歳)				
		(歳)				
		(歳)				

(注) 世帯員の欄は、満 16 才未満の者及び高校・大学等に在学し、収入のない者を除きます。

●代理申請を行う場合に申請者本人が記入してください。

代理人	氏名	住所
	(申請者との続柄)	電話番号 ()
上記の者を代理人として、高齢者福祉タクシー助成券の交付申請に関する権限を委任します。 <div style="text-align: right;">申請者本人氏名 (印)</div>		