

大山町タクシー助成制度利用者登録申請書

平成 年 月 日

大山町長 様

〔申請者〕

住所

氏名

対象者との続柄： 本人 ・ その他 ()

電話番号

大山町タクシー助成制度を利用したいので、利用登録を申請します。

記

対象者	氏名		性別	男 ・ 女
	住所	大山町	電話番号	
	生年月日	M・T・S 年 月 日	世帯主	
対象者の状況	(あてはまるものに○をつけてください) 1 65歳以上の者で、一般の交通機関を利用することが困難な者 2 60歳以上の者で、下肢が不自由な者で一般の交通機関を利用することが困難な者			
	手帳の 交付状況	〔身体障害者手帳〕 1級 ・ 2級 (下肢機能障害の場合) 3級 ・ 4級 〔療育手帳〕 有 ・ 無 〔精神障害者保健福祉手帳〕 有 (級) ・ 無		
	家族の 状況	氏名	備考	氏名
備考				

※氏名を自署する場合には、押印を省略することができる。

