様式第１号（第６条関係）

タクシー利用助成事業申請書

年　　月　　日

大子町長　　　様

申請者　住所

氏名　　　　　　　　　　㊞

電話番号

タクシー利用助成事業を利用したいので，大子町タクシー利用助成事業実施要綱第６条の規定により，次のとおり申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 助成対象者 | 住所 |  |
| 氏名 |  | 性別 | 男・女 |
| 生年月日 | 年　　月　　日　 | 電話番号 |  |
| 自動車の所有状況 | □所有している　（運転できる・運転できない）□所有していない | 居住状況 | □在宅している□在宅していない |
| 申請理由 | □満６５歳以上□身体障害者手帳の交付を受けている□療育手帳の交付を受けている□精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている□自立支援医療費を受給している□障害年金を受給している□特別障害給付金を受給している□その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 主な利用目的 | 通院・買い物・公共施設又は金融機関の利用その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 当該申請に係る個人番号利用事務を処理するために，大子町長が個人番号を利用することに同意します。　　　　（助成対象者　　氏　　名　　　　　　　　　　　　） |

※町が使用する欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 交付決定 | 交付決定の伺い | 滞納の有無 | 受付 |
| 課長 |  | 担当 |
| 可・否 |  |  |  | 有・無 |  |

備考　※印欄は，記入しないでください。