様式第１号（第３条関係）

小野町タクシー利用料金助成登録申請書

　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな） | （　　　　　　　　　　　　　　　　 　） | | 性別 | 男 ・ 女 |
| 氏　名 | ※対象者ご本人のお名前をお書きください。 | |
| 代理申請者 | ※対象者の代理で申請に来られた方のお名前をお書きください（該当の場合のみ）。  代理申請者の電話番号（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 生年月日 | 大正　・　昭和　・　平成 | 年　　　　月　　　　日 | | |
| 住　所  （電話番号） | 小野町大字  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 該当要件  ※〇をつけて  ください。 | ア　７０歳以上  イ　障がい（身体１・２級または療育手帳）  ウ　妊娠中または産後１２ヶ月以内  エ　運転免許証自主返納者 | | | |
| （個人情報利用への同意）  　この申請書に記載された個人情報は、「タクシー利用料金助成事業」に必要な範囲で利用することとし、この目的以外で使用することはありません。 | | | | |
| 同意する　・　同意しない | | | | |

※申請には、次の書類が必要です！

上記要件アに該当する方：年齢が確認できる資料（保険証等）

上記要件イに該当する方：身体障害者手帳または療育手帳交付者

上記要件ウに該当する方：母子健康手帳

上記要件エに該当する方：運転経歴証明書

＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝*◎行政記入欄◎*＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝

|  |  |
| --- | --- |
| *該当要件* | *交付番号* |
| *ア７０ ・ イ障 ・ ウ妊 ・ エ運* | *№* |
| *確認方法* | |
| *コピー　／　書き取り（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）* | |