タクシー券交付申請書

年　　月　　日

　大空町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　㊞

　　大空町高齢者等移動支援事業実施要綱第６条及び第１０条の規定により、次のとおり申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用対象者 | 住　　所 |  |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 　　　　年　　月　　日 | 　満　　　歳 |
| 障がい区分 |  |
| 障がい程度 |  |
| 備　　　考 |  |
| 交付申請するタクシー券の種類 | 福祉タクシー券 |  |
| 外出支援タクシー券 |  |
| 　　福祉タクシー券及び外出支援タクシー券の交付決定のために必要があるときは、私の世帯の課税状況について閲覧することに同意します。　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　㊞ |

　※ 該当するタクシー券の種類の右欄に○を記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| タクシー券交付年月日 | 　　　　年　　　月　　　日 | 受領印 | 　　　　　　　　㊞ |
| 券番号 | 福祉タクシー券 | No. |
| 外出支援タクシー券 | No. |