

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 ※○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	No.
確認方法	
コピー / 書き取り ()	