

琴浦町タクシー利用料助成事業利用者登録兼利用券交付申請書

年 月 日

琴浦町長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号 () -

下記の者は琴浦町タクシー利用料助成事業の助成対象者になる条件を満たしているので申請します。

利用者住所	琴浦町大字		
	利用者1	利用者2	利用者3
フリガナ			
氏 名			
電話番号			
生年月日	年 月 日 (年齢 満 歳)	年 月 日 (年齢 満 歳)	年 月 日 (年齢 満 歳)
同居人	(利用者以外に同居の方がいらっしゃる場合は氏名・年齢をご記入ください)		
利用条件 ※該当するものに○をつけてください	1 自動車運転免許証をもっていない (未取得・自主返納した) 2 運転できる自動車を保有していない 3 その他 ()		

※琴浦町タクシー利用料助成事業利用申請のため必要があれば、町の移動に関するサービスの利用状況及び利用者の世帯状況を照会することに同意します。

年 月 日 氏名

(以下記載不要)

※確認書類

- 健康保険の資格者証 介護保険被保険者証 身体障害者手帳 療育手帳
マイナンバーカード その他 ()

登録番号	交付年月日	交付枚数
	年 月 日	枚