

令和 年 月 日

鹿 角 市 長 宛

申請者（本人）

住 所 鹿角市（八幡平・尾去沢・花輪・十和田）

氏 名

生年月日 大 昭 年 月 日

電 話 （ ）

鹿角市高齢者福祉タクシー利用券交付申請書（兼受領証）

鹿角市高齢者福祉タクシー助成券の交付を受けたいので申請します。
なお、申請にあたり、次のとおり相違ないことを申告します。

- | |
|------------------------------------|
| 1 わたくしは、介護保険施設等に入所していません。 |
| 2 わたくし（及び同居の家族）は、自動車を使用していません。 |
| 3 わたくしは、障がい者の福祉タクシー利用券の交付を受けていません。 |

利用券を交付したときは、本書をもって助成券受領証に代えます。

（本人以外が提出する場合は以下を記入してください）

提出者住所

氏名

連絡先

申請者との関係

※ 提出者が介護保険事業所等の職員であるときは、「住所」に事業所の名称を、民生委員であるときは「申請者との関係」欄に「民生委員」と記載してください。

市 処 理 欄	発行	交付番号