様式第２号（第５条関係）

申請日及び申請者の住所他を記入してください

令和○年　○月　○日

吉岡町長　　　　　様

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 住所 | 吉岡町大字下野田□□□番地 |  |
|  | 氏名 | 吉岡　太郎 | 印 |
|  | 電話番号 | 0279-54-△△△△ |  |

対象者の氏名他を記入、また該当事項に○印を付けてください

吉岡町タクシー利用助成券交付申請書

　吉岡町タクシー利用助成券の交付を受けたいので、吉岡町タクシー運賃等助成事業実施要綱第５条の規定により申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 氏　　名 | 吉岡　太郎 | | | 性別 | 男　・　女 |
| 生年月日  運転免許証（返納・失効・未取得）の該当事項に○印を付けてください  返納は返納年月を記入してください | 昭和○○年　○月　○日　　　（ ○○ ）歳 | | | | |
| 住　　所 | 吉岡町大字下野田□□□番地  電話（0279―54―△△△△） | | | | |
| 要件確認 | 運転免許証 | 返納 | 返納年月　　　　　平成□□年　　　□□月 | | |
| 失効 | 私の運転免許証は、申請日現在失効しており、更新手続きをする意志はありません。  障害者手帳等お持ちの方は該当事項に○印をつけてください  また申請時には必ずご提示ください | | |
| 未取得 |  | | |
| 保有する  手　　帳 | | 身体障害者手帳　・　療育手帳　・　保健福祉手帳 | | |
| ↳吉岡町じん臓機能障害者通院交通費補助の利用なし | | |

代理申請の場合は、上記に加え下記の記入が必要です

　代理による申請の場合

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 代理人 | 氏名 |  | 性別 | 男　・　女 |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日　　　（　　　　）歳 | | |
| 住所 | 電話（　　　―　　　―　　　　） | | |
| 対象者との  関係 | 対象者の属する世帯構成者（続柄：　　　）、親族（続柄：　　）  包括支援センター職員、居宅介護支援事業者職員、法定代理人、  民生委員・児童委員 | | |
| 私は上記の者を代理人と認め、吉岡町タクシー利用助成券の交付申請を委任します。 | | | | |
| 対象者氏名（自署） | | | | |

［職員記入欄］以下の欄には、記入しないでください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 利用者Ｎｏ. |  | 代理人  確認 | 運転免許証、旅券、保険証、個人番号カード、その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 交付年月日 | 年　　月　　日 |
| 委任状確認：□（委任状持参時） |
| 手帳の確認 | 県　　第　　　　　　　号  　　　　年　　　月　　　日交付　　　　等級（　　　　　　　　　） | | |