様式第２号（第５条関係）

申請日及び申請者(代理人)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　花子 | 印 |
|  | 電話番号 | 0279-54-△△△△ |  |

対象者の氏名の他を記入、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

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

　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 | 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　　　　　　　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。 | | |
| 未取得 | 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 | | |
| 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 | | |

代理申請の場合は代理人の氏名他を記入してください

　代理による申請の場合

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 代理人 | 氏名 | 吉岡　花子 | 性別 | 男　・　女 |
| 生年月日 | 昭和　　　　年　　　月　　　日　　　（　　　　）歳  代理申請の場合は対象者との関係の該当事項に○印、また対象者の属する世帯構成者及び親族は対象者との続柄を記入してください | | |
| 住所 | 吉岡町大字下野田□□□番地  電話（　0279―54―△△△△　） | | |
| 対象者との  関係 | 対象者の属する世帯構成者（続柄：妻　　）、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）　　**吉岡　太郎** | | | | |

［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（　　　　　　　　　　　　）  代理申請の場合は、必ず対象者が自署してください |
| 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（　　　　　　　　　） | | |