

高齢者タクシー利用支援事業利用券交付申請書

令和 年 月 日

(宛先) 西尾市長

申請者(本人・親族等) 〒 -
住 所
フリガナ
氏 名 (続柄)
電話番号 - -

次のとおり高齢者タクシー利用支援事業利用券(令和 年3月分まで)の交付を申請します。

※該当する箇所の□にレをしてください。

対象者	フリガナ			生年月日
	氏 名	(□申請者に同じ)		□大正 □昭和 年 月 日
	住 所	(□申請者に同じ) 〒		
	電話番号	(□申請者に同じ) - -		
	☐ 75歳以上の高齢者のみで構成された世帯である(同一敷地内世帯分離不可)			
	☐ 障害者手帳(身体障害者手帳1～3級、療育手帳A・B判定 精神障害者保健福祉手帳1・2級)を持っていない			
	☐ 対象者住所地に居住しており、医療機関等への入院、介護又は日常生活上の支援を行う施設等に入所していない			
☐ 本人又は世帯員による移動手段がない 例:世帯全員が自動車を保有していない、世帯全員が運転免許証を持っていない				
☐ 自動車税・軽自動車税の減免を受けていない				
サービスの利用にあたり必要な情報を西尾市が公簿(電子計算機の記録情報を含む)等によって確認することや関係機関へ照会、提供することに同意します。				
対象者氏名 _____				
※ 助成利用券の送付先が利用対象者以外の場合のみご記入下さい。				
☐ 申請者 ☐ その他送付先 ⇒				
〒 - 氏名 電話番号 - -				