

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8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) 〒	要介護	1	2	3	4	5
			要支援	1 2				
	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 - -