

高齢者タクシー利用支援事業利用券交付申請書

年 月 日

(宛先) 西尾市長

申請者

〒 -

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(年 月分まで)の
交付を申請します。

対象者	フリガナ			生年月日			
	氏 名	(□申請者に同じ)		□明治 □大正 □昭和			
	住 所	(□申請者に同じ) 〒		年 月 日			
	電話番号	(□申請者に同じ) - -					
	居住状況	□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の入所はしていません。					
	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						
自動車の保有・使用の状況	□有 ・ □無		自動車税・軽自動車税の減免	□有 ・ □無			
障害者手帳	□有(級) ・ □無		世帯状況	□75歳以上の高齢者のみ (同一敷地内世帯分離不可)			

備考	送付先が対象者以外の場合: □申請者 □その他()
----	----------------------------

※該当する箇所に、□にレをしてください。