

様式第1号（第3条関係）

電話受付用職員記入欄	
受付者	
受付時間	

日高川町福祉バス・タクシー券交付申請書
(前年度交付あり・前年度交付なし)

年 月 日

日高川町長 様

申請者 住所
(架電者) 氏名
対象者との続柄
電話番号

日高川町福祉バス・タクシー券交付要綱第3条の規定に基づき、福祉バス・タクシー券の交付を申請します。また、次のことについて同意・誓約します。

- (1) 福祉バス・タクシー券の交付を行うにあたり、担当職員が調査を行うこと。
- (2) 虚偽の申請により福祉バス・タクシー券の交付を受けたと町長が認めるとき、又は福祉バス・タクシー券を不正に利用したと町長が認めるときは、交付決定の全部又は一部を取り消し、すでに助成を受けた額の全部又は一部を返還すること。
- (3) 自動車運転免許証返納者及び未取得者は、今後自動車運転免許を取得しないこと。

交付対象者	住所	行政区	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 日高川町大字				町確認欄
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ					
	生年月日	年 月 日 (満 歳)					在宅確認 <input type="checkbox"/>
該当要件 (いずれかに○)		①身体障害者手帳1級及び2級の交付を受けている者				<input type="checkbox"/>	
	手帳番号	第	号	障害程度	1級・2級		
		②療育手帳の交付を受けている者				<input type="checkbox"/>	
	手帳番号	第	号				
		③精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者				<input type="checkbox"/>	
手帳番号	第	号					
	④満65歳以上で、かつ運転免許証(二輪のみを含む)を返納し運転経歴証明書等の交付を受けている者 ※返納後初めて申請の場合は、必ず証明書類の写しを添付				<input type="checkbox"/>		
	⑤満65歳以上で、かつ自動車運転免許証(二輪を除く)を取得していない者					<input type="checkbox"/>	