

潮来市高齢者タクシー利用料金助成券交付申請書

年 月 日

潮来市長

申請者 住 所 潮来市
 氏 名 印
 代理人 住 所
 氏 名
 利用者との関係

潮来市高齢者タクシー利用料金助成事業実施要綱第5条の規定により、下記のとおり申請します。
 なお、私は本助成事業のすべての交付要件を満たしていることを誓約するとともに、交付要件審査のため、市が住民基本台帳の登録及び福祉タクシーの利用状況等について公簿等により、私の個人情報を確認することに同意します。

記

| | | | |
|---------|--|---------|-----------------------|
| フリガナ | | 性 別 | 男 ・ 女 |
| 氏 名 | | 生 年 月 日 | 明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日 |
| 住 所 | 〒 ー 潮来市 (電話番号) | | |
| その他資格要件 | 次の資格要件を満たしています。(レ点を記入) <input type="checkbox"/> 自動車、自動二輪及び原動機付自転車の免許証の交付を受けていない、又は返納している。 <input type="checkbox"/> 潮来市福祉タクシー事業において、助成券の交付を受けていない。 <input type="checkbox"/> 介護保険の施設等に入所等していない。 | | |

上記利用者の潮来市高齢者タクシー利用料金助成事業の助成券を受領しました。

年 月 日

受領者
 氏 名 印

【個人情報の取り扱いについて】

当該申請に係る個人情報については、本助成事業のためにのみ使用するものとし、その他の目的には使用しません。

※次の欄は記入しないでください。

| | | |
|---|---|------|
| 年 月 日 | 担当者確認欄 | 交付番号 |
| 潮来市高齢者タクシー利用料金助成事業の利用は (適当・不相当)と認める。 | | |
| 本人確認書類 | 本人：後期高齢者医療被保険者証・マイナンバーカード・() 代理：運転免許証・健康保険証・マイナンバーカード・() | |

記入例

潮来市高齢者タクシー利用料金助成券交付申請書

〇〇年 〇月〇〇日

潮来市長

対象者の住所氏名を記載する。
代理申請の場合は、申請者欄と併せて、代理人欄も記載する。

申請者 住 所 潮来市 辻626
〇〇アパート210
氏 名 潮 来 太 郎 (印)

対象者からみた代理人の続柄を記載する。

代理人 住 所 潮来市626 〇〇アパート210
氏 名 潮 来 一 郎
利用者との関係 子

潮来市高齢者タクシー利用料金助成事業実施要綱第5条の規定により、下記のとおり申請します。
なお、私は本助成事業のすべての交付要件を満たしていることを誓約するとともに、交付要件審査のため、市が住民基本台帳の登録及び福祉タクシーの利用状況等について公簿等により、私の個人情報を確認することに同意します。

記

| | | | |
|---------|---|--|-----------------------|
| フリガナ | イタコ タロウ | 性 別 | 男・女 |
| 氏 名 | 潮 来 太 郎 | 生 年 月 日 | 明治・大正・昭和 10年10月10日 |
| 住 所 | 〒311-2423 潮来市 辻626 〇〇アパート210 (電話番号) 63-1111 | <u>対象者の氏名(フリガナ)、性別、生年月日、住所及び電話番号を記載する。</u> | |
| その他資格要件 | 次の資格要件を満たしています。(レ点を記入) <input checked="" type="checkbox"/> 自動車、自動二輪及び原動機付自転車の免許証の交付を受けていない、又は返納している。 <input checked="" type="checkbox"/> 潮来市福祉タクシー事業において、助成券の交付を受けていない。 <input checked="" type="checkbox"/> 介護保険の施設等に入所等していない。 | | |

上記利用者の潮来市高齢者タクシー利用料金助成事業の助成券を受領しました。

〇〇年 〇月 〇〇日

助成券を受け取った方の氏名の記載及び、押印をする。

受領者 氏 名 潮 来 一 郎 (印)

【個人情報の取り扱いについて】

当該申請に係る個人情報については、本助成事業のためにのみ使用するものとし、その他の目的には使用しません。

※次の欄は記入しないでください。

| | | |
|-------------------------------------|---|---------|
| 年 月 日 | 担当者確認欄 | 交 付 番 号 |
| 潮来市高齢者タクシー利用料金助成事業の利用は(適当・不相当)と認める。 | | |
| 本人確認書類 | 本人：後期高齢者医療被保険者証・マイナンバーカード・() 代理：運転免許証・健康保険証・マイナンバーカード・() | |