

別記様式第1号(第4条第1項関係)

幌延町高齢者等交通費助成申請書兼同意書

年 月 日

幌延町長

様

申請者 住所

氏名

対象者との続柄

印

幌延町高齢者等交通費助成事業実施要綱に基づきハイヤー利用に係る運賃等の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

なお、申請にあたり助成対象者の障害者手帳交付状況、世帯の住民基本台帳及び租税公課について担当者が調査することに同意します。

氏名		性別	男・女
住所		電話	—
生年月日	年 月 日(満 歳)		
区分	高齢者	<input type="checkbox"/> 70歳以上	
	障害程度	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 (運転免許証又は自家用自動車を保有しない場合に限る)	
	難病	<input type="checkbox"/> 特定医療費(指定難病)受給者証 (運転免許証又は自家用自動車を保有しない場合に限る)	
	運転免許証	<input type="checkbox"/> 運転経歴証明書又は失効した運転免許証 <input type="checkbox"/> その他証明書	
	その他	<input type="checkbox"/> その他( ) ※該当箇所に☑を記入	
期間	年 月 日から 年 3月 31日まで		
備考			

※記名押印に代えて署名することができます。

※障害者手帳等の写しを添付してください(町で確認できる場合はこの限りではありません)。

※該当者が児童の場合は保護者が申請してください。

委任状

私は、幌延町高齢者等交通費助成事業実施要綱第4条の規定による申請を下記の者に委任します。

委任者 住所

氏名

印

受任者 住所

氏名

印

■本人確認： <input type="checkbox"/> マイナンバーカード、 <input type="checkbox"/> 運転免許証、 <input type="checkbox"/> パスポート、 <input type="checkbox"/> 障害者手帳、 <input type="checkbox"/> 健康保険証、 <input type="checkbox"/> 年金手帳、 <input type="checkbox"/> 担当者確認、 <input type="checkbox"/> その他( ) ※確認者_____
--