

高齢者タクシー事業利用申請書

年 月 日

たつの市長 様

申請者 住所
氏名

高齢者タクシー利用証明書の交付を受けたいので、たつの市高齢者タクシー事業実施要綱第4条の規定により申請します。

また、助成要件の決定のため必要があるときは、申請者本人及び他の世帯員の所得状況について、市長が関係当局に報告を求めることに同意します。

住 所				電 話	()	
世 帯 員 氏 名	続 柄	性 別	生 年 月 日 及 び 年 齢		備 考	
	世帯主	男・女	年 月 日 (歳)			
		男・女	年 月 日 (歳)			
		男・女	年 月 日 (歳)			
		男・女	年 月 日 (歳)			
		男・女	年 月 日 (歳)			
世帯区分	1 高齢者単身世帯 2 高齢者夫婦世帯 3 高齢者その他世帯					
自動車所有の有無	有 ・ 無		運 転 免 許 証 所 持 者 の 有 無		有 ・ 無	

※以下の欄は、記入しないでください。

交付番号		交付枚数	月×2.5枚＝	
確 認 欄	1 高齢者単身世帯 2 高齢者夫婦世帯 3 高齢者その他世帯			
所得制限	1 所得制限内 2 所得制限を超える		民生委員 確 認 欄	
その 他 要 件 等				