

タクシー活用事業利用券交付申請書

（宛先）伊勢崎市長

年 月 日

登録者	フリガナ				申請者（○をつける）	
	氏名				左記に同じ・代理人	
	住所	伊勢崎市				
	生年月日	年	月	日	年齢	歳
	電話番号					
資格区分	区分	※該当する全ての項目に <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。				
	A	<input type="checkbox"/> 満75歳以上				
	B	<input type="checkbox"/> 満65歳以上満75歳未満で運転免許証なし				
	C	次のいずれかの交付を受けている方 <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 <確認事項>以下2点にチェックが入らない場合は、登録できません。 <input type="checkbox"/> 福祉有償運送利用なし <input type="checkbox"/> マイカー補助・減免等なし <C区分に該当する方で登録できない方> ・福祉有償運送の利用登録をしている方 ・身体障害者が運転しようとする自動車の改造に対する補助を受けた車両を所有している方 ・車椅子用リフト等を備えた介護用車両購入費補助又は改造費補助を受けた車両で移動が可能な方 ・自動車税又は軽自動車税の減免を受けている方が所有している車両で移動が可能な方				

代理人が申請する場合は、下欄にも記入してください。

フリガナ			
氏名			
住所			
電話番号		登録者との関係	

※市役所記入欄

申請者 **1点確認**

- 運転免許証又は運転経歴証明書  個人番号カード  
 在留カード  パスポート  
 その他官公庁が発行する顔写真付きの本人確認書類（ ）

**2点確認**

- 寿証  各種医療費受給者資格者証  
 その他官公署が発行する顔写真のない本人確認書類（ ）

代理人  運転免許証  その他（ ）

利用券交付日 \_\_\_\_\_

登録番号 \_\_\_\_\_