

高齢者タクシー助成券交付申請書

（宛先）伊勢崎市長

次のとおり高齢者タクシー助成券を申請します。

なお、決定するに当たり、私の属する世帯の世帯員の構成及び福祉タクシー券の申請等の有無を調査し、閲覧することに同意します。

申請者 (対象者)	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	年	月	日
	住所	伊勢崎市		
	電話番号			
	状況	<p>1. 該当する項目全てに <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 運転免許証を持っていない</p> <p><input type="checkbox"/> 障害者用の福祉タクシー券を申請・受給していない</p> <p>2. 世帯等について該当する項目に <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 満65歳以上満70歳未満のひとり暮らしの者</p> <p><input type="checkbox"/> 満70歳以上の者</p>		
備考				

代理人が申請する場合は、下欄にも記入してください。

住所			
氏名			
電話番号		申請者との関係	

※市が記載します。

※来庁者確認欄	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> その他()
---------	---

確認欄	※福祉タクシー券の申請・受給	有・無
-----	----------------	-----

※交付番号	
-------	--