

高齢者タクシー料金助成利用券交付申請書

年 月 日

半 田 市 長 様

申 請 者

住 所

氏 名

受給資格者との続柄

連絡先（ ）

次のとおり高齢者タクシー料金助成利用券の交付を申請します。

住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 半田市		
ふりがな			
受給資格者氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
生年月日	年 月 日（ 歳）		
電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ （ ）		
介護度	要支援 ・ 要介護（ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ）		
施設入所	<input type="checkbox"/> 入所していない <input type="checkbox"/> 入所している （施設名： ）		
介護保険証番号		障がい者手帳	有 ・ 無
同意欄	本申請に基づき、高齢者タクシー料金助成利用券交付に伴う審査に必要な受給資格者の要介護度の確認及び市税等の納付状況並びに受給資格者が属する世帯全員の市民税の課税状況を市担当者が調査することについて同意する場合、下記にチェックをつけてください。 なお、申請者と受給資格者が異なる場合は、申請者によって受給資格者に対して説明を行い、同意を得ている場合にチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 同意します。		
※事務処理欄		チケットNo.	