

様式第1 (第4条関係)

大口町外出支援サービス助成申請書

年 月 日

大口町長 様

申請者 住 所 大口町
 氏 名 (印)
 助成対象者との続柄
 電 話

下記のとおり大口町外出支援サービスの利用を申請します。
 なお、助成券の交付のため、私の町民税の課税状況を閲覧することに同意します。

| | | | | |
|------------------|---|-----|------|-------|
| 助 成 対象者 | 住 所 | 大口町 | | |
| | 氏 名 | | 生年月日 | 年 月 日 |
| 申 請 事 由 | 1. 身体障害者手帳 1級・2級 (視覚・聴覚・腎臓・呼吸器・肝臓・下肢・ 体幹) (手帳番号) 2. 療育手帳 A (手帳番号) 3. 精神障害者保健福祉手帳 1級 4. 満80歳以上 5. 介護保険 要介護1・2・3・4・5 6. 満75歳以上 単身高齢者・高齢者世帯 7. 特定医療費受給者証 (指定難病) 保持者 | | | |
| 備 考 | | | | |

※特定疾患医療給付事業受給者票をお持ちの方は、ご提示ください。