

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
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、助成券等の交付のため、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	住 所	大口町		
対象者	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 (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. 特定医療費受給者証 (指定難病) 保持者 5. 満80歳以上 6. 満75歳以上 単身高齢者・高齢者世帯 7. 介護保険 要介護1・2・3・4・5 8. 運転免許証返納 (令和 年 月 日 返納)			
備 考	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③	タクシーNo. (~)	バスNo. (~)	

※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。

※運転経歴証明書等をお持ちの方は、ご提示ください。

裏面へ

