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・５６．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。