年　　月　　日

　川 北 町長　　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　申請者 住 所　川北町

　　　　　　　　　　　　 　　　　　 　　　 氏 名

川北町タクシー利用証兼助成券交付申請書

　標記のことについて、川北町タクシー利用助成事業実施要綱の規定に基づき次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ☐ 初めて申請される方　(利用証及び助成券の交付)  　☐ 利用証をお持ちの方　(助成券の交付)　【利用者番号　　　　　　　　　】 | | | | | | | | | | |
| フリガナ | |  | | | 生年月日 | | 年 月 日(　　歳) | | | |
| 氏　名 | |  | | |
| 住　所 | | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　 　電話　　　　（　　　）  川北町 | | | | | | | | |
|  | 交　付　要　件 | | | | | | |  | 確 認 書 類 | |
| □ | 運転免許証返納者 | | | | | | | ① | 運転経歴証明書 | |
| □ | 65歳以上のひとり暮らし高齢者で運転免許証を持っていない者 | | | | | | | ② | 健康保険証又は後期高齢者医療被保険者証及び宣誓への署名 | |
| □ | 75歳以上の高齢者世帯で運転免許を持っていない者 | | | | | | |
| □ | 母子健康手帳の交付を受けた日から産後おおよそ1か月までの者 | | | | | | | ③ | 母子健康手帳 | |
| □ | 身体障害者手帳1・2級を所持する者  (下肢・体幹及び視覚障害者については1級から3級までの者) | | | | | | | ④ | 身体障害者手帳 | |
| □ | 療育手帳の交付を受けた者 | | | | | | | ⑤ | 療育手帳 | |
| □ | 精神障害者保健福祉手帳1・2級を所持する者 | | | | | | | ⑥ | 精神障害者保健福祉手帳 | |
| □ | その他 | | | | | | |  |  | |
| 家族構成（同居） | | | 氏　　名 | 続　柄 | | 氏　　名 | | | | 続　柄 |
|  |  | |  | | | |  |
|  |  | |  | | | |  |

--------------------　以下は記入しないで下さい(町記入欄)　--------------------

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 審査年月日 | 年　　月　　日 | | 年齢確認 | □ | | 確認書類番号 |  | 受付印 |
| 審査結果 | 適・否　　　(調査者：　　　　　　)  （否の理由） | | | | | | |  |
| サービス開始  年月日 | 年　　　月　　　日　～ | | | | | | |
| 交付枚数 | 枚 | 備　考 | | |  | | |

【アンケートにご協力ください】

1.この制度をどのようにして知りましたか？

　・広報　・家族　・知人　・老人クラブ

・民生委員　・その他(　　　　　　　　)

2.タクシーの主な使用目的は何ですか？

　・病院　・買い物　・食事　・その他(　　　　　　　　)

3.差し支えなければ目的地を教えて下さい。

　・川北町　・能美市　・小松市　・金沢市　・白山市　・その他(　　　　)

4.この制度についてのご意見がありましたらお願いします。

ご協力ありがとうございました。