

年 月 日

三豊市長 様

## 福祉タクシー利用券対象者登録申請書

申請者 住 所

(フリガナ)

氏 名

⑩

自治会

生年月日

年

月

日

( 歳)

電話番号

代理人 住 所

(フリガナ)

氏 名

⑩

申請者との続柄 ( )

電話番号

三豊市福祉タクシー・高齢者運転免許証自主返納支援事業実施要綱第4条の規定により、下記のとおり登録を申請します。

### 記

該当項目にチェック印を入れてください。

要件事項	<input type="checkbox"/>	4月1日現在、三豊市に引き続き1年以上住所を有し、満70歳以上である。
	<input type="checkbox"/>	運転免許証を保有していない。
	<input type="checkbox"/>	運転免許証を自主返納した ( 年 月 返納)
	<input type="checkbox"/>	運転免許証の有効期間が失効した ( 年 月 失効)
承認事項	<input type="checkbox"/>	次の項目に該当する場合、対象者でなくなります。 運転免許証の再保有・転出・死亡・不正申請・不正使用
事務処理欄		
備 考		受付日