

【記入例】

福祉課または支所窓口
に提出してください

様式第2号(第4条関係)

平成 31 年 4 月 10 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 三豊市高瀬町下勝間2373-1
(フリガナ) ミヨ タロウ
氏 名 三豊 太郎 ⑩
自治会 □□□□□
生年月日 昭和12年3月4日(82歳)
電話番号 090-1234-5678

日中、連絡の取れる
番号を記載

代理人 住 所
(フリガナ)
氏 名 ⑩
申請者との続柄 ()
電話番号

代理人申請の場合は
こちらの欄も記載。
施設等の方でも可。

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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	運転免許証を自主返納した (29年6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 checked="" 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