

令和 年 月 日

三豊市長様

福祉タクシー利用券交付申請書

申請者 住 所

(フリガナ)

氏 名

自治会

生年月日 明・大・昭 年 月 日 (歳)

電話番号

代理人 住 所

(フリガナ)

氏 名

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、下記のとおり交付を申請します。

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、三豊市に住所を有し、満65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

上記の申請内容に間違いはありません。

署名

(申請者・代理人)

事務処理欄	受付日
確認書類等	
取消通知書・運転経歴証明書・失効免許証・本人申立	
その他()	