様式第２号(第４条関係)

　　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

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　自治会

　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　　　　年　　月　　日（　　歳）

　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　（代理人）住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　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 | □ | ４月１日現在、三豊市に住所を有し、満６５歳以上である。 | |
|  | * 運転免許証を保有していない。 | |
| * 運転免許証を自主返納した　　　（　　　　年　　月　返納） | |
| * 運転免許証の有効期間が失効した（　　　　年　　月　失効） | |
| 承認事項 | □ | 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（　　　　　　　　　　　　 　　） | | |