

様式第1号 (第9条関係)

智頭町タクシー利用費助成事業登録申請書

智頭町長 様

私は、智頭町タクシー利用費助成事業の助成対象者になる条件を満たしているので、必要書類を添付して申請します。

年 月 日  
住 所 鳥取県八頭郡智頭町大字  
申請者 ふりがな  
氏 名  
電話番号 ( ) -

印

○該当する事項に記入してください。

| 該当 | 助成対象者項目                    | 備 考                                |
|----|----------------------------|------------------------------------|
|    | 75歳以上の者で、乗用車の運転免許証を有していない者 | 生年月日 年 月 日生<br>【裏面】の申告書に署名が必要です。   |
|    | 要介護認定者                     | 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5<br>認定日 年 月 日 |
|    | 身体障害者手帳保持者                 | 手帳番号 第 号                           |
|    | 療育手帳保持者                    | 交付日 年 月 日交付                        |
|    | 精神障害者保健福祉手帳保持者             |                                    |
|    | その他                        | 事由 ( )                             |

○添付写真 1枚

- ① 3ヶ月以内に撮影されたもの
- ② 大きさ縦3cm×横2.5cmのもの
- ③ 本人のみが撮影されたもの
- ④ 無帽で正面を向いたもの
- ⑤ 本人確認が困難なものや表情が平常と著しく異なるものは、撮り直しをしていただくことがあります。

申請の際には、書類の提示が必要になります。  
裏面の注意事項を必ずご確認ください。

(以下記載不要)

|        |   |       |     |
|--------|---|-------|-----|
| 書類等確認欄 | <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者証 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳<br><input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳<br><input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 特定疾患医療受給者証<br><input type="checkbox"/> その他<br>( ) | 登録番号  | 担 当 |
|        |   | 交付年月日 |     |

～ 注 意 事 項 ～

1. 75歳以上の者で、乗用車の運転免許証を有していない方は、下記の申告を行ってください。
2. 申請の際には、確認のためにそれぞれ以下の書類を提示してください。
  - 75歳以上の者・・・後期高齢者医療被保険者証
  - 身体障がい者・・・身体障害者手帳
  - 知的障がい者・・・療育手帳
  - 精神障がい者・・・精神障害者保健福祉手帳
  - 難病患者・・・特定疾患医療受給者証
  - 要介護認定者・・・介護保険被保険者証
3. 御本人以外の方が申請される場合は、上記2の書類に加えて、代理人の方の身分証明書（運転免許証、保険証等）をご持参ください。併せて、下記の代理人連絡票に記載が必要となります。

【申 告 書】

私は、智頭町タクシー利用費助成事業登録申請に当たり、乗用車の運転免許証を有していないことを申告します。

なお、偽りの不正利用が発覚した場合は、町からの利用費助成返還命令に従います。

申請者氏名 \_\_\_\_\_

【代理人連絡票】 ※本人の承諾を得ていることが必要です。

|         |  |
|---------|--|
| 代理人氏名   |  |
| 代理人住所   |  |
| 代理人電話番号 |  |
| 本人の承諾   | <input type="checkbox"/> 承諾を得ている。 ※チェックを入れてください。 |