

大山町タクシー助成制度利用者登録申請書

令和 年 月 日

大山町長 様

[申請者]

住所

氏名

対象者との続柄： 本人 ・ その他 ()

電話番号

大山町タクシー助成制度を利用したいので、利用登録を申請します。

記

対象者	氏名		住所	大山町
	生年月日	年 月 日	電話番号	
対象者の状況	(あてはまるものに○をつけてください。要介護認定のある方は要介護度を記入してください。) 1 65歳以上の者 2 要介護(要支援)認定を受けている者 (要支援 要介護) 3 身体障害者手帳保持者であり、当該手帳の総合等級が1級又は2級(下肢機能障害については、3級又は4級を含む)である者 4 療育手帳保持者 5 精神障害者保健福祉手帳保持者			
備考				