

(様式第1号)

# 福祉タクシー等利用料金助成事業申請書

＜要介護高齢者・重度障がい者・妊婦チケット申請書＞

交野市長 あて

令和 年 月 日

★ 代理人 が 申請 する 場合 は、 ② 代理 人 欄 も 記 入 し て く だ さ い。	氏名	(フリガナ)	生年月日	大正・昭和 平成・令和	年 月 日	( 歳)	
		住所	(〒576- ) 交野市	電話番号			
	区分 ( <input type="checkbox"/> に <input checked="" type="checkbox"/> )	<input type="checkbox"/>	要介護高齢者	要介護 ( 3 ・ 4 ・ 5 )			
		<input type="checkbox"/>	重度障がい者	<input type="checkbox"/>	身体障害者手帳	等級 ( 1 ・ 2 ) 級	
<input type="checkbox"/>		妊婦	出産予定日	令和	年 月 日		
タクシーの種類		一般 ・ 福祉					

② 代理 人	氏名		対象者との続柄	
	住所		電話番号	

福祉タクシー等利用料金助成事業の利用について関係書類を添えて申請します。  
また、この申請にあたり、下記のことについて同意します。

### 記

- ①この申請において、市が決定に必要な情報を閲覧すること
- ②この事業の要件に該当しなくなった場合は届け出ること
- ③虚偽の申請、その他不正な手段により利用券の交付を受けたとき、利用券を不正に使用したとき、また利用券を他人に譲渡又は貸与して使用させたときは速やかに利用券を返還すること

----- 以下は市記入欄 (記入しないでください) -----

妊婦事業 利用券有効期限	令和 年 月 日	受付 区分	窓口・郵送	受付者	受付印	
利用券 番号	一般・福祉 コメント					
□本人確認済 □委任状なし □代理人身分証確認済				入力者	1回目 チェック	2回目 チェック