様式第１号（第３条、第４条関係）

介護タクシー利用料金補助事業登録申請書

年　　月　　日

増毛町長　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（対象者との続柄：　　　　　　　）

|  |
| --- |
| 新規申請　　・　　更新申請　　（〇で囲む） |
| 対　　象　　者 | 氏　名 |  | 生年月日 | 　　年　　月　　日　　　　　（　　歳） |
| 住　所 | 増毛町 | 利用者区　分 | ・　事業対象者・　要支援　１・　要支援　２ |
| 世帯主氏　名 |  | 電話番号 |  |
| 世　帯　員　の　状　況 | 氏　　　　名 | 続柄 | 　　生　年　月　日　　（年齢） |
|  |  |  | （　 歳） |
|  |  |  | （　 歳） |
|  |  |  | （　 歳） |
|  |  |  | （　 歳） |
|  |  |  | （　 歳） |
|  |  |  | （　 歳） |
| 利用を希望する理　　　　　 由 | １　病気の治療（通院・入退院）２　介護・福祉施設利用（入退所）３　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 特記事項 |  |

　介護タクシー利用料金補助事業実施要綱による補助を受けたいので、次のとおり登録を申請します。また、増毛町町税等の滞納者に対する特別措置に関する条例第５条第４項の規定により、私及び私と生計を一にする者の町税等の滞納について、確認することに同意します。