

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： ）

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。

		新規申請	・	更新申請	(○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)		
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					