

本別町高齢者等ハイヤー利用促進事業助成交付申請書

令和 年 月 日

本別町長 様

私は、高齢者等ハイヤー利用促進事業について次のとおり申請します。

なお、この申請に基づく審査にあたり、本別町が有する情報について閲覧、調査及び関係機関に照会をすることに同意します。

申請者住所		自治会名	
申請者氏名		申請者生年月日	年 月 日
電話番号	電話	携帯	
添付書類	65歳未満の場合（該当項目にチェックを入れコピーを添付） <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳(写) <input type="checkbox"/> 療育手帳(写) <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳(写) <input type="checkbox"/> 自立支援医療受給者証(写) <input type="checkbox"/> 療育医療受給者証(写) <input type="checkbox"/> 介護保険認定書(写) <input type="checkbox"/> 障害者年金受給者(写)		
宣誓内容	私は、下記事項について偽りがないことを宣誓します。（チェックを記入） <input type="checkbox"/> 本別町に住民登録をしています <input type="checkbox"/> 自動車運転免許証を保有していません <input type="checkbox"/> 町税、使用料、保険料等の滞納はありません <input type="checkbox"/> 福祉施設等の入居者ではありません <input type="checkbox"/> 申請内容に変更があり、対象要件に該当しなくなった場合には未使用のチケットを返還します <input type="checkbox"/> 申請内容に偽り、その他不正行為があったときには、使用したチケット額の全てを返金します		

- 役場審査欄    町道民税    固定資産税    軽自動車税    国民健康保険税  
介護保険料    後期高齢者医療保険料    水道使用料    住宅使用料  
施設使用料

照合印

住民課税務	住民課国保	建設水道課	保健福祉課	