様式第１号（第５条関係）

年　 　月　 　日

朝日町高齢者タクシー利用助成事業登録（新規・更新）申請書

朝日町長　　様

申請者

住　所

氏　名

利用対象者との続柄（　　　　　）

朝日町高齢者タクシー利用助成事業を利用したいので、利用登録を申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用対象者 | 住　所 | （アパート・マンション名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　号室） | | |
| フリガナ  氏　名 |  | 生　年  月　日 | 年　　　月　　　日 |
| 電　話  番　号 |  | 登　録  番　号 | ※更新時のみ記載 |
| 朝日町重度心身障害者タクシー料金助成 | | | 有　　・　　無 |
| 朝日町障害者自動車燃料費用助成 | | | 有　　・　　無 |

（注）１　決定通知書、登録証及び助成券は、利用対象者の住所へ郵送します。