第1号様式（第4条関係）

国見町タクシー利用補助事業実証実験

利用者証交付申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 年　　 月　　 日

|  |  |
| --- | --- |
| 住所（電話番号） | 〒国見町（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| （ふりがな）氏名 | ※対象者ご本人のお名前をお書きください。 | 性別 | 男 ・ 女 |
| 生年月日 | 年 　 　 月 　　日生（年齢　 　 歳） |
| 該当するものに「✓」を記入 | □　満65歳以上の者□　運転免許証を自主返納した者□　身体障害者福祉法(昭和24年法律第283号)第15条第4項の規定により身体障害者手帳の交付を受けている者□　精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(昭和25年法律第123号)第45条第2項の規定により精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者□　児童福祉法(昭和22年法律第164号)第12条の規定による児童相談所又は知的障害者福祉法(昭和35年法律第37号)第12条の規定による知的障害者更生相談所において軽度以上と判定された知的障害者又は療育手帳の交付を受けている者□　難病の患者に対する医療等に関する法律(平成26年法律第50号)第7条の規定により特定医療費(指定難病)受給者証の交付を受けている者□　介護保険法(平成9年法律第123号)第19条第1項の規定に基づく要介護認定において、要介護1以上の認定を受けている者□　妊産婦(ただし、母子健康手帳に記載された出産予定日の1年後までの者とする。)□　小学校未就学児□　運転免許証を有しない18歳以上の者（学生を除く） |
| 運転免許証の所有 | □あり　　　　　　□なし |
| □国見町内移動分に係るタクシー運賃と利用料金との差額を補助額とし、町が運行事業者へ支払うことに同意します。□今後実施の実証実験にかかるアンケート調査に協力することに同意します。□町が利用者証登録及び利用状況確認のため、住民基本台帳、障がい者情報、介護保険情報等について、各関係機関に調査、照会、閲覧を行うことに同意します。□本申請内容について虚偽、不正または誤りがあった場合、当該登録を取り消されることを認識しています。また、虚偽行為等により事業を利用した際は、運行料を請求されることを認識します。 |
| ※町記入欄 |
| 確認日 | 　　　　　　　 年　　　月　　　日 | 受付印 |
| 利用者カード発行日 | 　　　 　　年　　　月　　　日 |  |
| 利用者番号 |  |
| 備考 |  |