

別記様式第 1 号(第 5 条関係)

清里町ハイヤー利用助成券交付申請書

年 月 日

清里町長 様

申請者 住所  
氏名

清里町ハイヤー利用助成券交付事業実施要綱第 5 条の規定により申請します。

氏 名		性別	男 ・ 女
自治会名		電話	—
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日(満 歳)		
区 分	<input type="checkbox"/> 70 歳以上の者		
	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳の所有者		
	<input type="checkbox"/> 療育手帳の所有者		
	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳の所有者		
	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳の交付を受けた妊婦		
	<input type="checkbox"/> 指定難病医療受給者証を所有し、かつ運動に障がいや来す疾患である神経・筋疾患を有する方		
	<input type="checkbox"/> その他 ( )		
助成期間	年 月 日から 年 3 月 31 日まで		
添付書類			

申請書に記入した内容や助成券の使用状況などに関する個人情報について、事業の管理や改善、地域振興の発展の目的で使用することに同意します。

委 任 状

私は、清里町ハイヤー利用助成券交付事業実施要綱第 5 条の規定による申請を下記の者に委任します。

委任者 住所 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 印

受任者 住所 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 印