様式第2号（第4条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

色麻町長　殿

　　　　　　　　　　　　申　請　者　住　　所

　　　　　　　　　　　（　対象者） 氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　　　年　　月　　日（　　　　歳）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

色麻町高齢者等タクシー利用助成券交付申請書

色麻町高齢者等タクシー利用助成券の交付を受けたいので、次の通り申請します。

なお、申請要件について、住民基本台帳等の閲覧を承諾します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 対象区分 | □75歳以上の者で一人暮らしの者□75歳以上の者で、同居する世帯員全員が75歳以上もしくは18歳未満の者□75歳以上の者で、同居する世帯員が長期入院や長期入所等で長期不在の者□75歳以上の者で、同居する世帯員が道路交通法(昭和35年法律第105号)第103条第1項第1号、第1号の2若しくは第2号に該当する者又はこれらに準ずる者として町長が認める者□65歳以上で自動車運転免許証を自主返納した者で、一人暮らしの者□65歳以上で自動車運転免許証を自主返納した者で、同居する世帯員全員が75歳以上もしくは18歳未満の者□65歳以上で自動車運転免許証を自主返納した者で、同居する世帯員が長期入院や長期入所等で長期不在の者□65歳以上で自動車運転免許証を自主返納した者で、同居する世帯員が道路交通法(昭和35年法律第105号)第103条第1項第1号、第1号の2若しくは第2号に該当する者又はこれらに準ずる者として町長が認める者□身体障害者手帳の障害程度が1種1級または1種2級に該当し、障害の種別の区分が上肢・下肢・体幹・移動機能障害単独で1級または2級に該当する者□身体障害者手帳の障害の種別の区分が腎臓・呼吸器・心臓障害単独で1種1級に該当する者□身体障害者手帳の障害の種別の区分が視覚で１種１級または1種2級に該当する者□精神障害者保健福祉手帳の交付を受けた者で、その障害の程度が精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令(昭和25年政令第155号)第6条第3項に規定する1級に該当するもの□療育手帳交付規則(平成12年宮城県規則第102号)の規定により、療育手帳Aの交付を受けている者 |
| 利用助成券申請枚数 | □1年分(48枚)　　　　　□　　か月分×４＝　　枚 |

担当課使用欄（申請者は下記に記入しないで下さい）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 判　　　　定 | 許　可　番　号 | 許　可　年　月　日 | 利用助成券交付枚数 |
| □可　　□否 |  | 　　年　　月　　日 | 　　　　　　　　枚 |