様式第１号（第４条関係）

田原本町長 殿

**タワラモトンタクシー利用券申請書**

年 月 日

タワラモトンタクシー利用券の交付を受けたいので下記のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| □初めて申請される方（登録証及び利用券の交付）  □登録証をお持ちの方（利用券の交付）**【**登録証番号　　　　　　　**】** | | | | | | | | |
| 利　用　者（本人） | 住 所 | 田原本町 | | | | | | |
| 氏 名 |  | | | | | | |
| 生年月日 | 大正 | | 昭和 |  | 年 | 月 | 日 |
| 平成 | | 令和 |  |
| 電話番号 |  | | | | | | |
|  | □ | ７０歳以上の者 | | | | | ２４枚 |
|  | □ | 就学前の児童 | | | | |
| 交付要件 | □ | 出産予定であり母子健康手帳の交付を受けた者 | | | | |
| □ | 身体障害者手帳（１・２級）を有する者 | | | | |  |
| 該当する  一箇所に☑ | □ | 療育手帳（Ａ１・Ａ２）を有する者 | | | | | １２枚 |
| □ | 障害、疾病等により自主的な移動が困難である者 | | | | |
|  | □ | その他町長が必要と認めた者 | | | | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者（窓口に来た方） | **※代理人が申請する場合のみ記入してください。** | | | | | | |
| 住 | 所 | □利用者と同じ（記入不要） | | | | |
| 氏 | 名 |  | | | | |
| 生年月日 | | 大正  平成 | 昭和  令和 | 年 | 月 | 日 |
| 電話番号 | |  | | | | |

職員記載欄**――――――――――――――――――――――――――――――――――――――**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 登録証 |  | |  | |  | |  | 本人確認 |
| 免　・　保　・　マ　・　パ　・　在　・　住　・　手帳　・他（ 　　　　 　 ） |
| ① |  | |  | |  | |  |
| 代理人確認 |
| ② |  | |  | |  | |  | 免　・　保　・　マ　・　パ　・　在　・　住　・　手帳　・他（ 　　　 　　 ） |
| 受付 | | 作成 | | 点検 | | 交付 | | 要件 |
|  | |  | |  | |  | | 70歳以上　・　身障　・　療育　・　移動困難　・母子 ・ 就学前 |
| 委任状　・ 登録証再発行 ・ 免許返納　・ 未成年申請 |

**委任状**

**（代理人）**住所：

氏名：

私は、タワラモトンタクシー利用券の申請及び受領について、上記の者を代理人として定め一切の権限を委任します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年 | 月 | 日 |
| **（委任者）** |  |  |
| 住所：  氏名： |  | 印 |

免＝運転免許証

在＝在留カード

保＝保険証

マ＝マイナンバーカード

パ＝パスポート

住＝住民基本台帳カード 手帳＝身体障害者手帳・療育手帳

身障＝身体障害者手帳 療育＝療育手帳 　母子＝母子健康手帳