

年 月 日

天栄村長 様

住 所： 天栄村大字

氏 名： 印

生年月日： 年 月 日生 (満 才)

電話番号：

天栄村高齢者等タクシー利用助成事業利用者登録申請書  
兼助成券交付申請書

このことについて、下記により登録し、助成券を利用したいので、天栄村高齢者等タクシー利用助成事業実施要綱第 4 条の規定により申請いたします。

なお、この申請にあたり、私及び私の世帯は、村税、介護保険料、後期高齢者医療保険料、村上下水道料金、村営住宅家賃の滞納は本年度及び過年度分について無いことを宣誓し、かつ、この申請に基づき、宣誓した滞納調査を村が実施することを承諾いたします。

記

1. 登録者氏名

2. 対象者要件 (□に「✓」を記入。)

- 65 歳以上の者。
- 身体障害者福祉法第 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であって、その障害程度等級が 1 級又は 2 級の者。
- 福島県療育手帳制度要綱 (昭和 49 年 2 月 1 日付け 49 児第 15 号福島県厚生部長通知) に定める療育手帳の交付を受けている者であって、その障害程度が A の者。
- 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であって、その障害等級が 1 級の者。
- その他村長が認める者 ( )

\* 調査項目

税目等	本年滞納	過年滞納	調査員氏名
村税	有 ・ 無	有 ・ 無	
介護保険料	有 ・ 無	有 ・ 無	
後期高齢者医療保険料	有 ・ 無	有 ・ 無	
上下水道料	有 ・ 無	有 ・ 無	
村営住宅家賃	有 ・ 無	有 ・ 無	