

石井町高齢者等外出支援事業助成券交付申請書

年 月 日

石井町長 様

次のとおり石井町高齢者等外出支援事業を利用したいので、石井町高齢者等外出支援事業実施要綱第6条の規定により申請します。

ふりがな		生年月日	明治		
氏名			大正	年	月
			昭和		
住所	石井町				
	電話番号	自宅：	携帯：		
要件	以下の（ア）、（イ）何れかの要件に該当すること。 （ア）石井町に居住し、かつ、住民登録をしている後期高齢者医療保険の被保険者のみの世帯の方で、世帯員全員が運転免許証を有しておらず、かつ運転できないものであり、自家用車を所有していない。 （イ）石井町に居住し、かつ、住民登録をしている要支援1以上の要介護認定を受けている方で、本人が運転免許証を有しておらず、かつ運転できないものであり、自家用車を所有していない。			はい : いいえ	
	※運転免許の取消通知等を有する場合は、その写しを添付してください。 ※運転免許を有しているが、病気等の事由により、自動車等を運転することができない場合は裏面へ理由を記入してください。 ※世帯員に頼れない理由がある場合も裏面へ記入してください。				

確 認 書

年 月 日

石井町長 様

氏 名

上記要件、及び裏面の理由について相違なく、裏面の助成券使用方法も理解しました。

※偽りその他不正な行為により助成券の交付を受け、又は使用したときは、助成券及び助成した金額について返還していただくことがあります。

■代理人による申請の場合は記入してください。

申請者 住 所

氏 名	TEL
利用者との関係 ( )	

(石井町記入欄)

- ・ 本人確認  国民健康保険被保険者証  社会保険被保険者証  運転経歴証明書
- 後期高齢者医療被保険者証  介護保険被保険者証  その他 ( )
- ・ 発行日 年 月 日
- ・ 助成券No. タクシー ( ) : バス ( )

# 理 由 書

---

---

---

---

---

---

---

---

特別な理由がある場合の世帯構成員記入欄（本人以外で世帯分離を含む同居の家族全員）

---

---

---

---

※免許を有しているが、運転が困難、または世帯員に移動を頼れない理由等をお書きください。

例 ○○病院の医師から運転を止められた。

ケガをしていて、現状運転が困難。

世帯員が自家用車を所有しているが、日中勤務のため移動手段がない。

---

## ○助成券について

- ・助成券の利用は、交付を受けた本人及びその家族等に限り、他人へ譲渡又は、貸与してはならない。
- ・助成券は再交付しないものとする。
- ・助成券は利用者1人につき、1回の乗車で3枚を限度として利用できる。助成券利用者は、利用運賃から助成券の助成額を控除した額を乗務員に支払う。（おつりはありません。）