

みやぎ県南中核病院通院等タクシー利用者証再登録申請書

年 月 日

柴田町長 殿

申請者 住所
氏名
(対象者との続柄)
電話番号

有効期限の終了したみやぎ県南中核病院通院等タクシー利用者証について、再登録を受けたいので、みやぎ県南中核病院通院等タクシー利用助成事業実施要綱第7条第1項の規定により、下記のとおり申請いたします。

記

ふりがな 氏 名	
住 所	〒 柴田町
生年月日	年 月 日生 (満 歳)
電話番号	
運転免許証	有 ・ 無 ・ 返納済 (年 月頃)
登録番号	

(添付書類)

- ・ 中核病院の診察券の写し
- ・ 3か月以内の「領収書」又は「予約票」若しくは「入院証明書」の写し
- ・ 利用者の氏名及び住所が確認できるものの写し（マイナンバーカードの表面など）