

様式第1号（第5条関係）

みやぎ県南中核病院通院等タクシー利用者証交付申請書

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

みやぎ県南中核病院通院等タクシー利用者証の交付を受けたいので、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5条の規定により、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)

(添付書類)

- ・みやぎ県南中核病院への通院等を証明する書類の写し
- ・利用者の氏名及び住所が確認できる書類の写し
- ・本申請書の提出日前3月以内に撮影した本人の写真（縦4.5cm×横3.5cm）
- ・その他町長が必要と認める書類

※町記入欄

登録番号	第	号
------	---	---