

高森町寿タクシー利用者登録申請書

高森町社会福祉協議会長 様

申請年月日 令和 年 月 日

利用者 (本人)	フリガナ		生年月日	大正	年	月	日
	氏名			昭和			
	住所	高森町		電話			

※ 上記の記名（楷書）を持って下記の宣誓事項に宣誓し、寿タクシー利用者証の交付を申請します。

「宣誓事項」

私は自動車運転免許証を持っていないことを宣誓します。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 利用者本人 <input type="checkbox"/> 利用者本人以外（下の欄に記入）		
氏名		続柄	
住所	電話		

※顔写真(たて4cm横3cm以下)を添付してください。

利用者証の受け取り方法（○印をご記入ください。）

1 直接取りに来る	2 郵送
・ やすらぎ荘	・ 利用者宛
・ ボランティアセンター	・ 申請書提出者宛
・ その他（ ）	・ その他（ ）