

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 | | | |
| | 区分 | <input type="checkbox"/> 高齢者（満77歳以上） <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳1・2級 | | 平成 | | | |
| | 住所 | 高森町 | (電話) | 令和 | | | |

※ 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（ ） |