

様式第1号（第4条関係）

島本町移送サービス助成申請書				年 月 日	
島本町長 様		申請者 住所 島本町			
		氏名		⑩	
		電話		—	
移送サービス助成を受けたいので、次のとおり申請いたします。					
利用対象者	フリガナ		男 ・ 女	生 年 月 日	年 月 日
	氏名				(歳)
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる 島本町		電 話	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる —
利用対象者該当項目 (右の項目の該当する番号 に○をつけること。)		1 身体障害者手帳 (1 級 ・ 2 級) 2 要介護認定 被保険者番号 (要介護 2・3・4・5) 認定有効期間 (年 月 日 ~ 年 月 日) 3 療育手帳 A 4 精神障害者保健福祉手帳 1 級 5 町長が認める理由 ()			
移送サービスを利用した場所		施設等名 住 所			

口座振込依頼書

振込金融機関名	預金種別	普通 ・ 当座 ・ 貯蓄					
銀行・信用金庫 農協 ・ 組合	口座番号						
	フリガナ						
支店	口座名義						

上記のとおり口座振込みを依頼いたします。
 この振込みがなされたときは、その金額に係る債権が弁済されたものとします。

申請者 氏名 ⑩

助成の対象となる領収書は、タクシー利用日から1年間のみ有効・1日 3,000 円以内・
 1 ヶ月3日までとなっておりますのでご注意ください。