

様式第 1 号(第 3 条関係)

大川市子育て応援タクシー利用券交付申請書

年 月 日

大川市長 様

申請者 住 所 _____

氏 名 _____

利用者との関係 _____

電話番号 () _____

年度子育て応援タクシー利用券の交付を受けたいので申請します。

利 用 者	住 所	大川市			
	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	氏 名				
	電話番号		年齢・性別	才	男・女
申請枚数		月×月あたり 4 枚 = 枚			
利用条件 (下記②・③)		下記の理由により運転ができないことを申し出ます。 ☐ 自動車運転免許証を所持していない ☐ 自動車を所有していない			
対象理由		① ☐ 妊産婦 ② ☐ 未就学児の保護者【対象児童のお名前： _____】 ③ ☐ 次に掲げる手帳等を所持している満 18 歳到達後最初の 3 月 31 日 までの間にある子どもの保護者 ☐ 身体障害者手帳 3 級から 6 級 ☐ 療育手帳(障害の程度 B) ☐ 精神障害者保健福祉手帳 2 級から 3 級 ☐ 指定難病特定医療費受給者証 ☐ 通所受給者証 ☐ その他 (_____)			

【誓約兼同意】

私は大川市子育て応援タクシー利用券の交付を申請するにあたり、次の事項を誓約し、同意します。

- (1) 申請内容に虚偽があったと認められたとき、または不正な手段により利用券の交付を受けていると認められときは、利用券を返還するとともに助成した額の全部を返還します。
- (2) 本申請事項の確認のため、住民登録情報、市税の納付状況を含む調査を市長が実施することに同意します。

署名 _____

【職員記入欄】

交付	本人確認書類		代理申請		受付職員
	☐ 運転免許証 ☐ パスポート ☐ マイナンバーカード ☐ 外国人登録証 ☐ その他（ ）		☐ 委任状 ☐ 本人確認（左欄）		
	受給資格確認書類				
	☐ 母子健康手帳 ☐ 身体障害者手帳 ☐ 療育手帳 ☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☐ 指定難病特定医療費受給者証 ☐ 通所受給者証 ☐ その他（ ）				
	交付方法	交付番号（6桁）	交付年月日	交付枚数	交付職員
	窓口・郵送		年 月 日	枚	

年 月 日

福岡県大川市長

大川市子育て応援タクシー利用料金助成決定通知書

年 月 日付で申請がありました大川市子育て応援タクシー利用料金助成について、下記のとおり交付しますので、大川市子育て応援タクシー利用料金助成事業実施要綱第5条第1項の規定により通知します。

記

1 対象期間

年 月～ 年 月

2 子育て応援タクシー利用券交付枚数

500円分 × 4枚 × 月分 = 計 枚

3 使用期限

利用券に記載のとおり

4 利用方法

【利用券を使用できるタクシー会社】

予約の際は、利用券を利用することをお伝えください。

旭タクシー 0120-87-3405

若津タクシー 0120-87-3175

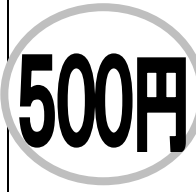
※タクシーの混雑状況により利用できないこともあります。

【注意事項】

- ① タクシー利用券に名前が記載されている利用者以外の利用はできません。
- ② タクシー利用料金の範囲内であれば一度に何枚使用されても良いですが、差額は自己負担となります。
- ③ 紛失等による再交付は行いません。
- ④ 転出・死亡等により利用資格がなくなった場合は、利用券を返還してください。

様式第 3 号(第 5 条関係)

(おもて)

大川市子育て応援タクシー利用券				
有効期限 年 月 日				
	交付番号 : No.			
	氏 名 : ()			
	<table border="1"><tr><td>利用年月日</td><td>年 月 日</td></tr><tr><td>タクシー会社</td><td></td></tr></table>	利用年月日	年 月 日	タクシー会社
利用年月日	年 月 日			
タクシー会社				
大川市長				
※ 1 回の乗車で複数枚の利用ができますが、おつりは出ません。				

(うら)

乗車場所 _____
降車場所 _____
※ 5 0 0 円未満での利用があった場合は、 以下に利用金額を記入して下さい。
利用金額 _____ 円
タクシー会社 _____