

別記様式第 1 号（第 5 条関係）

長柄町 7 5 歳以上町内無料移動支援実証実験事業利用申請書

年 月 日

長柄町長 様

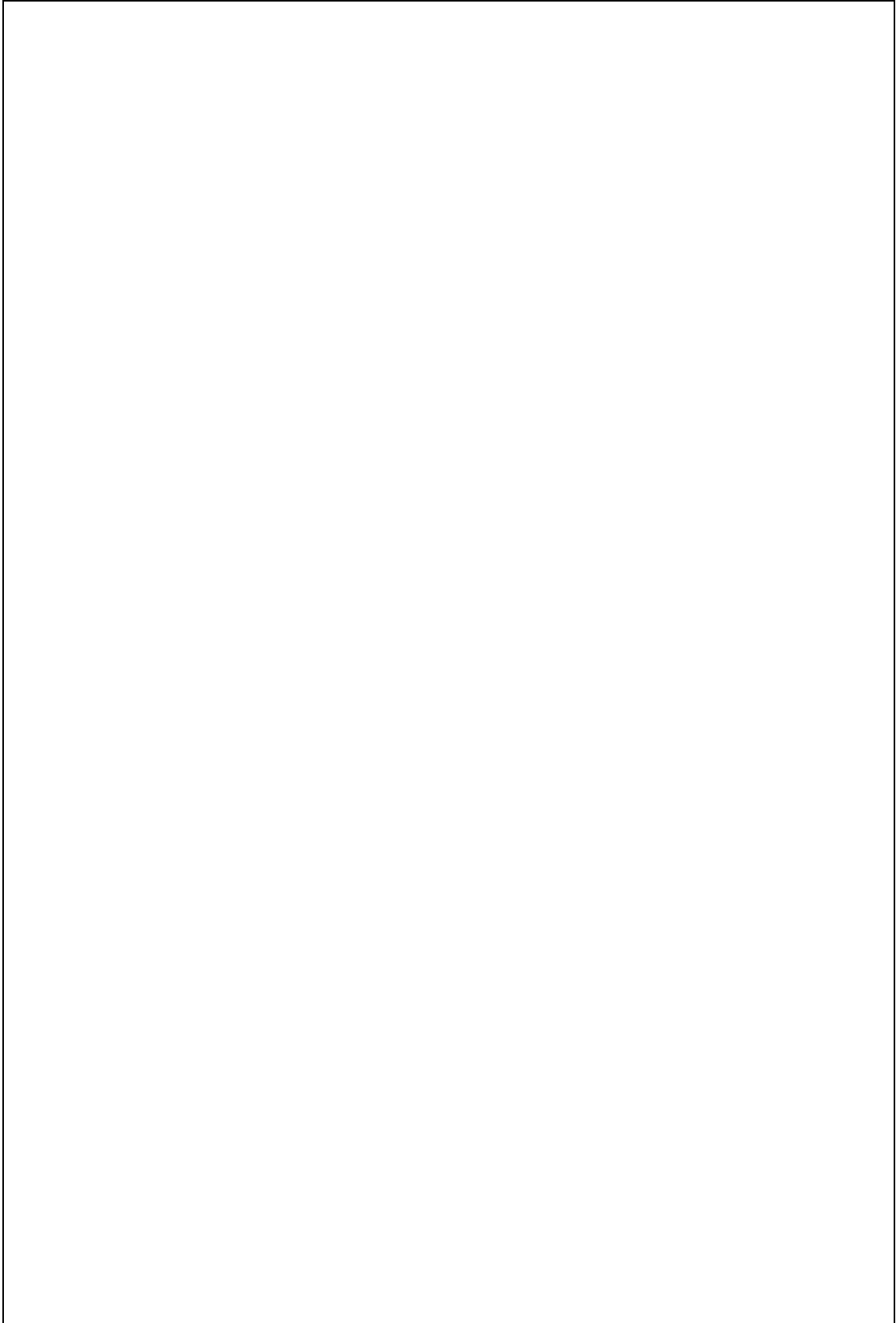
申請者 住所
氏名

要綱第 5 条の規定により、次のとおり申請します。

対象者	住所	長柄町	電話	
	氏名		生年月日	
緊急時 連絡先	住所		関係	
	氏名		電話	
添付書類	1. 誓約書 2. 後期高齢者医療被保険者資格確認書 又は介護保険被保険者証 3. その他 ()			
加入保険	1. 後期高齢者医療保険 2. その他 ()			
主治医等	医療機関： 電話番号：			
介助者				
身体状況				
備 考				
同意書	利用資格の確認のため、長柄町の保有する公簿等により、下記の事項について調査し、当該情報を福祉課が保有し活用することについて同意します。 1. 本人及び世帯員の住民登録の状況 2. 町税等の収納状況 氏名 _____			

※裏面もご記入ください。(適切な地図の写しでも可)

(裏面) ※対象者住所略図



※自宅位置及び進入路が明確であれば、適切な地図の写しの添付でも可