

河津町長 様

申請者 住所 _____
 氏名 _____
 利用者との続柄 _____
 電話番号 _____

【1人目】

氏名		性別	男・女
生年月日	年 月 日	電話番号	
住所	河津町		
対象要件	<input type="checkbox"/> 満70歳以上の者 <input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳1級又は2級の所持者 <input type="checkbox"/> 療育手帳Aの認定者 <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳1級又は2級の所持者 <input type="checkbox"/> 要介護・要支援認定された者 <input type="checkbox"/> 満65歳以上70歳未満で運転免許証を返納した者		
確認事項	<input type="checkbox"/> 別紙の注意事項に同意します。 <input type="checkbox"/> 申請内容について、住民基本台帳等の個人情報を確認することに同意します。		

【2人目】

氏名		性別	男・女
生年月日	年 月 日	電話番号	
住所	河津町		
対象要件	<input type="checkbox"/> 満70歳以上の者 <input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳1級又は2級の所持者 <input type="checkbox"/> 療育手帳Aの認定者 <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳1級又は2級の所持者 <input type="checkbox"/> 要介護・要支援認定された者 <input type="checkbox"/> 満65歳以上70歳未満で運転免許証を返納した者		
確認事項	<input type="checkbox"/> 別紙の注意事項に同意します。 <input type="checkbox"/> 申請内容について、住民基本台帳等の個人情報を確認することに同意します。		

【1人目】

受付者記入欄	本人確認書類	<input type="checkbox"/> 健康保険証等	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	<input type="checkbox"/> 療育手帳
		<input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳	<input type="checkbox"/> 運転経歴証明書	<input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> その他 ()
	受付者氏名		利用番号	

【2人目】

受付者記入欄	本人確認書類	<input type="checkbox"/> 健康保険証等	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	<input type="checkbox"/> 療育手帳
		<input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳	<input type="checkbox"/> 運転経歴証明書	<input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> その他 ()
	受付者氏名		利用番号	

切り取り