

様式第1号（第4条関係）

島本町移送サービス助成申請書			
島本町長 様			年 月 日
申請者		住所 島本町	
		氏名	
		電話 ー	
移送サービス助成を受けたいので、下記口座への振込を申請・請求します。			
利用 対 象 者	フリガナ		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
		ー	
利用対象者該当項目 右の項目の該当する欄にチェック (☑) を付けてください。		<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (1 級 ・ 2 級) <input type="checkbox"/> 65歳以上で要介護 (2 ・ 3 ・ 4 ・ 5) 要介護認定 被保険者番号 認定有効期間 (年 月 日 ~ 年 月 日) <input type="checkbox"/> 療育手帳 A <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 1 級 <input type="checkbox"/> 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	

振込先口座

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	

【一般注意事項】 助成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、助成上限額は1日 3,000 円以内、利用回数は月3日まで。