

## 山口市グループタクシー利用券申請書兼受領書

山口市長 様

下記のとおり、利用規定を遵守の上、タクシーを利用しますので、山口市グループタクシー利用促進事業の利用券を申請します。また、グループを代表して受領します。

## 【申請者（代表者）】

(ふりがな) 氏名	( ) Ⓜ	生年月日	明治 大正 年 月 日 昭和 ( 歳)
住所	〒 ー 山口市 町内会名 ( ) 電話 ( ー ー )	本事業のアンケート・ヒアリング調査への協力	<input type="checkbox"/> 同意します
		次年度における利用券の継続交付	<input type="checkbox"/> 希望します
		福祉タクシー券、おでかけサポートタクシー券受給状況の市福祉部局への確認	<input type="checkbox"/> 同意します
最寄の駅又はバス停名		自宅からの距離	km

注 代表者の方で利用券の交付を希望される場合は、上記の「最寄の駅又はバス停名」及び「自宅からの距離」を記入してください。

私達は、上記代表者にタクシー利用券の受領を委任します。また、利用する際は、利用規定を遵守します。

## 【利用者】

(ふりがな) 氏名	( ) Ⓜ	生年月日	明治 大正 年 月 日 昭和 ( 歳)
住所	〒 ー 山口市 町内会名 ( ) 電話 ( ー ー )	本事業のアンケート・ヒアリング調査への協力	<input type="checkbox"/> 同意します
		次年度における利用券の継続交付	<input type="checkbox"/> 希望します
		福祉タクシー券、おでかけサポートタクシー券受給状況の市福祉部局への確認	<input type="checkbox"/> 同意します
最寄の駅又はバス停名		自宅からの距離	km
(ふりがな) 氏名	( ) Ⓜ	生年月日	明治 大正 年 月 日 昭和 ( 歳)
住所	〒 ー 山口市 町内会名 ( ) 電話 ( ー ー )	本事業のアンケート・ヒアリング調査への協力	<input type="checkbox"/> 同意します
		次年度における利用券の継続交付	<input type="checkbox"/> 希望します
		福祉タクシー券、おでかけサポートタクシー券受給状況の市福祉部局への確認	<input type="checkbox"/> 同意します
最寄の駅又はバス停名		自宅からの距離	km
(ふりがな) 氏名	( ) Ⓜ	生年月日	明治 大正 年 月 日 昭和 ( 歳)
住所	〒 ー 山口市 町内会名 ( ) 電話 ( ー ー )	本事業のアンケート・ヒアリング調査への協力	<input type="checkbox"/> 同意します
		次年度における利用券の継続交付	<input type="checkbox"/> 希望します
		福祉タクシー券、おでかけサポートタクシー券受給状況の市福祉部局への確認	<input type="checkbox"/> 同意します
最寄の駅又はバス停名		自宅からの距離	km

注 申請者（代表者）及び利用者の方が氏名の記載を自署で行う場合においては、押印を省略することができます。

私達は、代表者にタクシー利用券の受領を委任します。また、利用する際は、利用規定を遵守します。

(ふりがな) 氏名	( ) Ⓜ	生年月日	明治 大正 年 月 日 昭和 ( 歳)
住所	〒 - 山口市 町内会名 ( ) 電話 ( - - )	本事業のアンケート・ヒアリング調査への協力	<input type="checkbox"/> 同意します
		次年度における利用券の継続交付	<input type="checkbox"/> 希望します
		福祉タクシー券、おでかけサポートタクシー券受給状況の市福祉部局への確認	<input type="checkbox"/> 同意します
最寄の駅又はバス停名	自宅からの距離		km
(ふりがな) 氏名	( ) Ⓜ	生年月日	明治 大正 年 月 日 昭和 ( 歳)
住所	〒 - 山口市 町内会名 ( ) 電話 ( - - )	本事業のアンケート・ヒアリング調査への協力	<input type="checkbox"/> 同意します
		次年度における利用券の継続交付	<input type="checkbox"/> 希望します
		福祉タクシー券、おでかけサポートタクシー券受給状況の市福祉部局への確認	<input type="checkbox"/> 同意します
最寄の駅又はバス停名	自宅からの距離		km
(ふりがな) 氏名	( ) Ⓜ	生年月日	明治 大正 年 月 日 昭和 ( 歳)
住所	〒 - 山口市 町内会名 ( ) 電話 ( - - )	本事業のアンケート・ヒアリング調査への協力	<input type="checkbox"/> 同意します
		次年度における利用券の継続交付	<input type="checkbox"/> 希望します
		福祉タクシー券、おでかけサポートタクシー券受給状況の市福祉部局への確認	<input type="checkbox"/> 同意します
最寄の駅又はバス停名	自宅からの距離		km
(ふりがな) 氏名	( ) Ⓜ	生年月日	明治 大正 年 月 日 昭和 ( 歳)
住所	〒 - 山口市 町内会名 ( ) 電話 ( - - )	本事業のアンケート・ヒアリング調査への協力	<input type="checkbox"/> 同意します
		次年度における利用券の継続交付	<input type="checkbox"/> 希望します
		福祉タクシー券、おでかけサポートタクシー券受給状況の市福祉部局への確認	<input type="checkbox"/> 同意します
最寄の駅又はバス停名	自宅からの距離		km

注 申請者（代表者）及び利用者の方が氏名の記載を自署で行う場合においては、押印を省略することができます。