

記入例

該当するものに○を記入下さい。

柏市福祉タクシー運賃助成変更・喪失・辞退届

〇〇年〇〇月〇〇日

柏市長 あて

住所： 柏市柏五丁目10番1号

届出者

氏名： 柏 太郎

対象者との続柄（ 本人 ）

次のとおり届出します。

|                                                                                                      |       |                                                   |       |       |     |               |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------------------------------------------------|-------|-------|-----|---------------|--|
| 利用券番号                                                                                                |       |                                                   |       |       |     |               |  |
| 対象者                                                                                                  | 氏名    | カシワ タロウ<br>柏 太郎                                   |       |       | 生 年 | 〇〇 年〇〇 月〇〇 日生 |  |
|                                                                                                      | 住所    | 柏市柏五丁目10番1号<br>〒 277 - 8505 電話番号 ( 04-7167-1136 ) |       |       |     |               |  |
| 失権                                                                                                   | 1 転出  | 転出先： 〇〇市〇〇<br>転出年月日： 〇〇年 〇〇月 〇〇日                  |       |       |     |               |  |
|                                                                                                      | 2 死亡  | 死亡年月日： 年 月 日                                      |       |       |     |               |  |
|                                                                                                      | 3 その他 |                                                   |       |       |     |               |  |
| 辞退                                                                                                   | 4 辞退  |                                                   |       |       |     |               |  |
| 変更内容                                                                                                 | 変更後   |                                                   |       |       |     |               |  |
|                                                                                                      | 変更前   |                                                   |       |       |     |               |  |
| 住民税額・住民票確認同意書                                                                                        |       |                                                   |       |       |     |               |  |
| 私(対象者)と同一生計者は、申請時から資格を喪失するまで、柏市福祉タクシー運賃助成の受給資格確認に必要な住民税額の課税状況及び住民票を貴職が公簿等で確認することについて同意します。<br>柏市長 あて |       |                                                   |       |       |     |               |  |
| 対象者                                                                                                  | 氏名    |                                                   |       | ※市民税額 |     |               |  |
| 同一生計者                                                                                                | 氏名    | 続柄                                                | ※市民税額 | 氏名    | 続柄  | ※市民税額         |  |
|                                                                                                      |       |                                                   |       |       |     |               |  |
|                                                                                                      |       |                                                   |       |       |     |               |  |
| 備考                                                                                                   |       |                                                   |       |       |     |               |  |

※印は職員記入欄