

様式第3号（第6条関係）

重度身体障害者ハイヤー料金助成変更申出書

雄武町長 様

申出日 年 月 日

雄武町重度身体障害者ハイヤー料金助成要綱に基づき、助成内容を変更したいので申し出ます。

なお、今回申し出た内容の変更を申し出るまで、町が翌年度以降も申出内容を有効なものとして取り扱うことに同意します。

申出者（助成認定者）

ふりがな		住 所	雄武町
氏 名			
生年月日	年 月 日	電 話 番 号	

変更内容

<input type="checkbox"/>	住所の変更	変更前の住所： _____
		変更後の住所： _____
<input type="checkbox"/>	助成の取下げ	<input type="checkbox"/> 町外に住所を有することになった <input type="checkbox"/> 死亡した <input type="checkbox"/> 第3条第1項に該当しなくなった <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
<input type="checkbox"/>	その他の変更	_____

代理人

ふりがな		住 所	雄武町
氏 名			
生年月日	年 月 日	電 話 番 号	
申出者（助成認定者）との続柄			