様式第７号(第12条関係)

玄海町介護タクシー通院等助成事業変更届

　年　　月　　日

　玄　海　町　長　様

 　 　　申請者

住所

氏名

　　連絡先

　　　　　　　　　　対象者との続柄（　　　　　　）

　玄海町介護タクシー通院等助成金交付要綱第12条の規定により，下記のとおり申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象者氏名 |  | 電話番号　 |
| 住　所 |  |
| 生年月日 | 　　　年　　　月　　　日 |
| 変更内容 | 変更前 | 変更後 |

※未使用の玄海町介護タクシー通院等助成券を添えて提出してください。