

綾川町長 殿

受給者 住所 綾川町
氏名

（代理受領の場合）
代理人氏名

綾川町高齢者等福祉タクシー助成券受領書

年 月 日に綾川町高齢者等福祉タクシー助成券を受領しました。
なお、助成の対象者でなくなったときは、直ちに返還します。

※ 綾川町高齢者等タクシー助成事業実施要項第 2 条に定める対象者の要件に対して虚偽の申告をしたことが認められた場合は、直ちに助成券を返還し、利用した金額を綾川町に返金します。

※代理受領を行う場合に受給者が記入し、署名してください。

代 理 人	氏 名	住 所
	続柄 （ ）	電話番号 （ ）
上記の者を代理人として、綾川町高齢者等福祉タクシー助成券の受領に関する権限を委任します。		
受給者氏名		