

70歳以上／一人1枚限り（年度内）

（昭和26年4月1日以前に出生の方）

川越市敬老マッサージサービス利用券交付申請書

年 月 日

（提出先）
川 越 市 長

申請者 本人 （本人申請の場合は『』にチェックしてください。）
本人以外（以下は申請者が本人以外の場合のみご記入ください。）

住 所 川越市

氏 名

電話番号

川越市敬老マッサージサービス利用券の交付を受けたいので、申請します。

（注）以下は、太線内のみご記入ください。

利 用 者	住 所	川越市
	氏 名	
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 （ 歳）
	電話番号	— —

（以下は、記入の必要はありません。）

受
付
印

[要件確認者記入欄]

利用券番号	
高齢者要件 （70歳以上）	<input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他（ ）
申 請 者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> その他（ ）

（高齢者いきがい課）