

様式第2（第4条関係）

安城市高齢者タクシー料金助成利用券交付申請書 （車いす・ストレッチャー乗車専用タクシー）

年 月 日

安 城 市 長

注意 太枠内のみ記入してください。

安城市は、安城市高齢者外出支援サービス事業実施要綱第3条に規定する対象者の該当の有無について調査・確認をするほか、適正な制度運用のために、事業者の乗務記録又は申請者の利用券の調査・確認をすることがあります。安城市がこれらの調査・確認をすることに同意する場合にのみ、この申請書を提出してください。

		交付番号	
申 請 者 (対象者)	住 所	安城市	
	ふりがな 氏 名	-----	電 話
	生年月日	年 月 日 (歳)	
	介護保険 被保険者証	番 号 = _____ 要介護状態区分 (1・2・3・4・5) 認定期間 年 月 日 ~ 年 月 日	
申 請 理 由	(要介護1・2のみ記入)		
タクシー種別	車いす用リフト車 ・ ストレッチャー用リフト車		
受給資格の 確 認	地域包括支援センター 所 属 _____ ケアマネジャー 氏 名 _____ (※) 民 生 委 員 (※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。		
備 考			

* 市記入欄

障害者手帳の所持	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 身体・精神・療育 (級)
障害者タクシー料金助成	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 受けている。