様式第4号(第7条関係)

年　　月　　日

　阿見町長　　　　殿

申請者　住所

氏名

電話番号

対象者との関係

阿見町要介護認定者福祉タクシー助成券交付申請書

　阿見町要介護認定者福祉タクシー助成券の交付を受けたいので，次のとおり申請します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 | 　　　　年　　月　　日(　　歳) |
| 対象者氏名 |  |
| 対象者住所 | 阿見町 |
| 介護保険被保険者番号 |  | 電話番号 |  |
| 介護認定の区分 | 要介護1　・　要介護2　・　要介護3　・　要介護4　・　要介護5 |
| 自動車税若しくは軽自動車税の減免又は阿見町障害者福祉タクシー利用料金の助成 | 有　・　無 |
| 介護保険施設への入所又はグループホーム，有料老人ホーム，ケアハウスその他の施設への入所 | 入所している　・　入所していない |
| 通院先等 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 同意欄 | 申請内容の審査に当たって，住民登録情報，要介護認定情報，身体状況その他の助成券の交付申請に必要な情報を町が照会することについて同意します。対象者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

備考　外出時に常時車いす又はストレッチャーによる移動が必要な状態であることを確認することができる医師の証明書(様式は任意です。）等を添付してください。