

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	
申請者住所	安城市		
(ふりがな) 申請者氏名		電 話	
生年月日	年 月 日 (歳)		
介護保険 被保険者証	被保険者番号		
	要介護 状態区分	※次の該当する区分に○印を記入してください。 要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)	
	認定期間	年 月 日～ 年 月 日	
申請理由	(要介護1・2の場合のみ車いす・ストレッチャー乗車専用タクシーを利用しなければ外出することが困難な状況である理由を記入) 確認者：所属 _____ 氏 名 _____ (※) (※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。		
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	次の事項について、事実と相違ありません。※□欄に✓してください。 □介護保険施設（特別養護老人ホーム、老人保健施設、グループホーム等）、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅に入所・入居していません。		
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利用券の交付	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有