様式第2号（第4条関係）

　　　　年度分

高齢福祉タクシー利用券交付申請書

年　　月　　日

瀬　戸　内　市　長　　様

申請者（対象者）

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　所 |  |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 電話番号 |  |

瀬戸内市高齢福祉タクシー利用券の交付を受けたいので、瀬戸内市高齢福祉タクシー助成事業実施要綱第4条の規定により申請します。

なお、交付要件の確認に当たり、介護保険被保険者証の内容を確認されることに同意します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 現在の居所 | □自宅・□その他（施設名等：　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 介護保険  被保険者  証の内容 | 被保険者番号 | |  |
| 要介護状態区分 | | 要支援（１・２）・要介護（１・２・３・４・５） |
| 認定の有効期間 | | 年　　　　月　　　　日から |
| 年　　　　月　　　　日まで |
| 運転免許証の所持 | | □なし・□返納済（おかやま愛カード　□所持・□なし） | |
| 福祉手帳（身体障害１・２級、療育Ａ）を持っていますか　□いいえ・□はい | | | |

◎市記入欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受付印 | 利用券番号 |  |
|  | 利用券送付日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 他券利用 | □無・□有（　　　　　　　　　） |
| 適　　否 | □交付・□不交付（　　　　　　） |