

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	<input type="checkbox"/> 自宅・ <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> 返納済（おかやま愛カード <input type="checkbox"/> 所持・ <input type="checkbox"/> なし）	
福祉手帳（身体障害1・2級、療育A）を持っていますか <input type="checkbox"/> いいえ・ <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有（ ）
	適 否	<input type="checkbox"/> 交付・ <input type="checkbox"/> 不交付（ ）