

福祉タクシー等利用助成券交付申請書

年 月 日

(宛先)伊那市長

申請者	住 所	伊那市			番地
	ふりがな		電話		
	氏 名		印	性別	男・女
	生年月日	年 月 日生			

次のとおり、伊那市福祉タクシー等利用助成券の交付を申請します。なお、交付決定のため、私の世帯員、又は私を市民税の課税上控除対象配偶者又は扶養親族としている親族が市内に居住する場合は、その世帯の市民税課税台帳の閲覧その他必要な調査を担当職員が行うことについて承諾します。

申請区分(該当に○)	タクシー券	福祉タクシー券		
要介護区分(該当に○)	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5

*福祉タクシー券を申請する場合のみ、以下の欄に記入してください。

申請者の状況	身体障害者手帳	級	障害名
	車椅子の使用	常時使用 ・ 一時的に使用	
	寝たきりの状態	年 月頃から	
	その他		
	私を市民税の課税上控除対象配偶者又は扶養親族としている市内の親族		
	住 所.....		
	氏 名.....		
	生年月日.....年 月 日生.....		
	証明欄		
	<p>次の状態に該当する場合は、地区担当の民生委員又は要介護者の介護支援専門員(ケアマネジャー)に証明を受けてください。</p> <input type="checkbox"/> 透析を受けている 週 回 <input type="checkbox"/> 医師の指示により月2回以上通院が必要 <input type="checkbox"/> その他の特殊事情		
<p>申請者は、上記の状況であることを証明します。</p> 役職名又は 居宅介護支援事業所名..... 住 所..... 氏 名..... 印.....			