様式第２号（第３条関係）

伊那市高齢者等暮らしいきいき応援券交付申請書

6 年5 月1 日

（宛先）伊那市長

申請者（交付対象者）	氏名	伊那　さくら		生年月日	S10 年 4 月 1 日
住所	伊那市 ○○○999－9			電話番号	77-3456
代理人（保護者）	氏名	伊那　太郎（続柄　長男）		連絡先	090-9988-7766

太枠内の該当部分を記入

次のとおり、伊那市高齢者等暮らしいきいき応援券の交付を申請します。

なお、交付決定のため、私、私の世帯員及び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者が市内に居住[申請者が記入]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（代理人による申請の場合は申請者の押印が必要となります。）。

申請区分	要件	申告	交付の可否
□第２条第１号	７５歳以上の者（年度の末日までに７５歳に達するものを含む。）	□伊那市介護保険条例第９条第１項第１号から第３号までの該当者 □単身世帯であって、同項第４号若しくは第５号の該当者	可・否・済
		□上記以外の者	
□第２条第２号	身体障害者又は療育手帳の交付を受けた者	手帳番号　第　号 障害名 程度・等級	可・否・済
□第２条第３号	運転免許がない等により通院等にタクシーの利用が必要な者	□６５歳以上の者（年度の末日までに６５歳に達するものを含む。） □要介護認定　1・2・3・4・5 □市民税非課税世帯の者	可・否・済
		□医師の指示により月２回以上の通院が必要な者又は通院距離が１０キロメートル以上	可・否・済
		□透析患者	可・否・済
□第２条第４号	車椅子又はストレッチャーを使用しなければ外出が困難で総所得金額の世帯全員の合計額が５００万円未満であるもの	□要介護認定　2・3・4・5 □身障手帳の交付を受け、下肢・体幹・移動機能障害１級又は２級	可・否・済
		□医師の指示により月２回以上の通院が必要な者又は通院距離が１０キロメートル以上	可・否・済
		□透析患者	可・否・済
✔第２条第５号	寝たきり等の理由に[訪問理美容]が困難な者	✔６５歳以上の者 □身障手帳の交付を受け、下肢・体幹・移動機能障害１級又は２級	可・否・済

市処理欄	No.　　・否決定理由					
	課長	補佐	係長	係員	担当者	今回交付枚数
						シート　・　否