

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	〇〇〇999-9	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

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（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。）。

太枠内の該当部分を記入

申請区分	要件	申告	交付の可否
<input type="checkbox"/> 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。）	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 単身世帯であって、同項第4号若しくは第5号の該当者 <input type="checkbox"/> 上記以外の者	可・否・済
<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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。） 1・2・3・4・5 申請者が記入 税世帯の者	可・否・済
<input type="checkbox"/> 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員月10万円未満であるもの	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 透析患者	可・否・済
<input checked="" type="checkbox"/> 第2条第5号	寝たきり等の理由により、理容店又は美容院に出向くことが困難な者	<input checked="" type="checkbox"/> 要介護認定 2・3・4・5 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 透析患者	可・否・済
<input type="checkbox"/> 第2条第6号	寝たきり等の理由により、理容店又は美容院に出向くことが困難な者	<input type="checkbox"/> 65歳以上の者 <input type="checkbox"/> 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

タクシー利用助成

福祉タクシー利用助成

申請者が記入

市 処 理 欄	No. 〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇					
	課長	補佐	係長	係員	担当者	今回交付枚数
						シート ・ 否