

別記

第1号様式（第4条関係）

福祉タクシー利用申請書（新規・更新）

年 月 日

長南町長 様

申請者 住所
氏名
利用者との続柄（ ）
電話

福祉タクシーを利用したいので次のとおり申請します。

1. 利用者情報

ふりがな		認定番号	第 号
氏名		生年月日	年 月 日生
住所	長南町	電話番号	
主たる 利用目的			
助成金の 払込先	金融機関名		
	本支店名		
	口座番号	普通・当座	
	口座名義人	フリガナ	

2. 資料請求の承諾

福祉タクシーの許可のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。

利用者氏名

※裏面に続く

3. 該当資格

該当する項目に○を付けてください。

	利用資格	提出書類
	1. 身体障害者手帳の交付を受けた者で、障害の程度が1級・2級・3級の者	身体障害者手帳
	2. 療育手帳の交付を受けた者のうち障害の程度が㉠、㉠の1、㉠の2、Aの1、Aの2の者	療育手帳
	3. 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けた者	精神障害者保健福祉手帳
	4. 要介護認定を受けている者のうち要介護3以上の者	介護保険被保険者証
	5. 申請する日の属する年度の4月1日において75歳以上の者で家族等の支援を受けることができない者	年齢の確認できる証明書
	6. 腎臓機能障害を有する者で人工透析治療を受けている者	特定疾病療養受療証
	7. 妊産婦の者（母子健康手帳の交付を受けている者で出産後2ヵ月までの者）	母子健康手帳

※利用資格の1から6に該当する方は、申請する日の属する年度の町民税均等割が非課税である必要があります。ただし、申請日が4月から6月までのときは前年度が非課税である者としてします。

※役場記入欄

受付日（印）	備考
	（該当5については理由、該当7については残受診券数を記入）