

みよし市高齢者等タクシー料金助成利用券交付申請書

（宛先） みよし市長

みよし市高齢者等タクシー料金助成利用券の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

		交付番号	
申請者住所	みよし市		
(ふりがな) 申請者氏名		電 話	
	受給者との関係 ()		
受給者住所 □ 同上	みよし市		
(ふりがな) 受給者氏名 □ 同上		電 話	
受 給 者 生 年 月 日	年 月 日 (歳)		
【同意欄】			
私は、みよし市長が高齢者タクシー料金助成要綱第 2 条に規定する対象者の該当有無について調査、確認をするほか、適正な制度運用のために、指定タクシー業者の乗務記録及び申請者の利用券の調査をすることに同意します。			
受給者氏名 _____			

※太枠内のみ記入してください。

【受領欄】 （窓口で受領された方の氏名、電話番号をご記入ください。）

みよし市高齢者等タクシー料金助成利用券（交付番号 No. _____）を受領しました。	
年 月 日	
氏名 _____	続柄 _____
電話番号 _____	

※裏面は市の職員が記載します。

要介護認定区分	<input type="checkbox"/> 対象外 <input type="checkbox"/> 要介護 1 <input type="checkbox"/> 要介護 2 <input type="checkbox"/> 要介護 3 <input type="checkbox"/> 要介護 4 <input type="checkbox"/> 要介護 5
手 帳 種 別	<input type="checkbox"/> 持っていない <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 級 (1 , 2 級の場合は対象外) <input type="checkbox"/> 療育手帳 級 (A判定の場合は対象外) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 級 (1 級の場合は対象外)

助成要件の確認	<input type="checkbox"/> 当該年度の4月から受付日までの間に、本助成の対象になったことがない。
	<input type="checkbox"/> 介護保険システムにて、要介護1以上と確認済みである。
	<input type="checkbox"/> 福祉課の心身障害者タクシー料金助成の対象ではない。

受付

