様式第１号（第４条関係）

福祉タクシー利用申請書（新規・更新）

　　年　　　月　　　日

　睦沢町長　　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者 　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　 　　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。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者  の氏名 | （個人番号　　　　　　　　　　） | | 生年月日 | 年　 　　月　　　 日 |
| 年　　齢 | 歳 |
| 利用者  の住所 | 睦沢町 | | 電　　話 | （　　　） |
| 性　　別 | 男　　・　　女 |
| 利用者の資格  (該当する項目に○を付けて下さい。） | 1　65歳以上非課税の者で、家族の支援を受けることができないもの  　2　自主的に自動車運転免許証を返納した者で、家族の支援を受けることができないもの  　3　腎臓機能障害を有する者で、透析治療を受けているもの  　4　障害者総合支援法の対象となる難病患者  　5　身体障害者手帳の１級若しくは２級の者又は視覚、下肢若しくは体幹に障害があるもの  　６　療育手帳の交付を受けているもの  　７　精神障害者保健福祉手帳の交付を受けているもの  　８　要介護認定を受けている者のうち、要介護２以上に該当するもの  　９　妊産婦（母子健康手帳の交付を受けている者で、出産後２箇月までのもの）  10　その他町長が特に認めたもの | | | |
| 交付  枚数 | ※　　　　　　　枚 | 申請があった月から当該年度末までの月数に応じて、各月６枚に相当する枚数を交付します。(範囲内で希望枚数があれば記入)  妊産婦については、検診回数に応じて最大３４枚まで交付します。 | | |
| 民生委員の意見（１又は２に該当する方）  利用する方は、家族の支援を受けることができないことを認めます。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　地区担当民生委員　　氏名 | | | | |
| 利用者資格の１で申請するため、福祉タクシー利用申請に係る課税状況について、担当課へ照会することに同意します。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　利用者　氏名 | | | | |

ア．※印は記入しないでください。

イ．新規に申請される方は、縦４㎝横３㎝の写真が必要になります。

ウ．利用者の資格１又は２に該当する方は地域の民生委員の署名が必要になります。

エ．利用者の資格２に該当する方は警察署等で交付される運転経歴証明書が必要になります。

オ．利用者の資格３に該当する方は医療費支払い明細書等の証明できる書類が必要になります。

カ．利用者の資格４から９までに該当する方は、交付されている手帳等が必要になります。