

安城市高齢者タクシー料金助成利用券交付申請書 (車いす・ストレッチャー乗車専用タクシー)

年 月 日

安城市長

市長が、安城市高齢者外出支援サービス事業実施要綱第3条に規定する対象者の該当の有無について調査・確認をするほか、適正な制度運用のために、事業者の乗務記録又は申請者の利用券の調査・確認をすることに同意します。

注意 太枠内のみ記入してください。

交付番号

申請者住所	安城市		
(ふりがな) 申請者氏名		電 話	
生年月日	年 月 日 (歳)		
要支援・介護 状態区分	※ 次の該当する区分に○印を記入してください。 要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)		
施設入所・ 入居の確認	次の事項について、事実と相違ありません。※□にレ点を付けてください。 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、養護老人ホーム、 軽費老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅等に入所・入居していません。		
備 考			

【届出人】 ※申請者と提出者が異なる場合は記入してください。

住所(又は事業 所名)		氏名 (担当者)	
申請者との続柄 (関係)		連絡先 (TEL)	

—市記入欄—

交付方法	<input type="checkbox"/> 窓口交付 <input type="checkbox"/> 郵送 (申請者宛) <input type="checkbox"/> 郵送 ()		
一般タクシー	<input type="checkbox"/> 交付無 <input type="checkbox"/> 交付有	障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 身体・精神・療育 (級)
		障害タクシー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有