

高砂市高齢者福祉タクシー利用券交付申請書

年 月 日

高砂市長 様

|                       |                        |                                                                                                                                                                                                                                   |   |         |   |
|-----------------------|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---------|---|
| 申請者<br><br>(窓口に来られた方) | 住 所                    | 〒                                                                                                                                                                                                                                 |   |         |   |
|                       | 氏 名                    |                                                                                                                                                                                                                                   |   |         |   |
|                       | 電話番号                   |                                                                                                                                                                                                                                   |   | 対象者との続柄 |   |
| 対象者                   | 住 所                    | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ                                                                                                                                                                                                   | 〒 |         |   |
|                       | 氏 名                    | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ                                                                                                                                                                                                   |   | 電話番号    |   |
|                       | 生年月日                   | 大正・昭和 年 月 日                                                                                                                                                                                                                       |   | 年齢      | 歳 |
|                       | 要介護状態区分等<br>(該当する数字に○) | 要支援 1・2      要介護 1・2・3・4・5                                                                                                                                                                                                        |   |         |   |
|                       | 運転経歴証明書                | <input type="checkbox"/> ※要介護状態区分等が該当なしの場合のみ記入<br><input type="checkbox"/> 運転経歴証明書の交付を受けている                                                                                                                                       |   |         |   |
|                       | 確認欄                    | <input type="checkbox"/> 対象者は、申請日時点において、高砂市障害者（児）福祉タクシー料金助成事業の助成を受けておりません。また、助成を受けていないことを障がい福祉課に確認されることに同意します。<br><input type="checkbox"/> 高砂市高齢者福祉タクシー利用券の交付申請に当たり、必要に応じて対象者の介護保険等の情報及び介護保険料の保険料段階並びにその同一世帯員の所得情報を確認されることに同意します。 |   |         |   |

※代理申請（同一世帯以外）の場合は、対象者からの代理権授与（委任）が必要です。  
※申請には、対象者の介護保険被保険者証又は運転経歴証明書の提示が必要です。  
※申請には、申請者の身分証明書の提示が必要です。

《代理権授与（委任）》  
私は、上記の申請者を代理人と認め、高砂市高齢者福祉タクシー利用券の交付申請を委任します。  
  
助成対象者氏名

以下は記入しないでください。(市使用欄)

|                 |                            |  |  |  |     |  |     |  |   |  |
|-----------------|----------------------------|--|--|--|-----|--|-----|--|---|--|
| 申請者確認欄          | 免 ・ 保 ・ 個 ・ 障 ・ 介 ・ その他（ ） |  |  |  |     |  |     |  |   |  |
| 対象者運転経歴証明書番号確認欄 |                            |  |  |  |     |  |     |  |   |  |
| 交付の可否           | 決定年月日                      |  |  |  | 課 長 |  | 係 長 |  | 係 |  |
| 可 ・ 否           | 年 月 日                      |  |  |  |     |  |     |  |   |  |

申請に基づき高齢者福祉タクシー利用券の交付又は不交付の手続きを行ってよろしいか。