

小田原市在宅高齢者等福祉タクシー利用券交付申請書

年 月 日

小田原市長 宛

申請者 住 所
氏 名
(対象者との続柄)
電 話

高齢者等福祉タクシー利用券の交付を申請します。

対 象 者	フリガナ		性 別	男 女	生 年 月 日		
	氏 名						
	住 所				電 話 番 号		
	要介護度			被保険者番号			
	認定の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日					
	身体障害者手帳の 有無	有 ・ 無		療育手帳の有無		有 ・ 無	
	障害による 自動車税等の減免	有 ・ 無		施設への入所		している・していない (施設名)	
	病院等への入院	している・していない (入院期間)		当該年度の交付 の有無		有 ・ 無	

高齢者等福祉タクシー利用券の交付にあたり、介護認定審査会資料を交付決定資料として使用することに同意します。

対象者氏名 _____

高齢介護課使用欄

交付番号	No	利用券番号	~
------	----	-------	---