

(表)

様式第1号 (第4条)

長柄町高齢者等外出支援タクシー利用助成事業申請書 (新規・更新)

年 月 日

長柄町長 様

申請者	住 所
	氏 名 <span style="float:right">印</span>
	電 話 ( )
	利用者との続柄

高齢者等外出支援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	生年月日	年 月 日
	年 齢	歳
利用者の住所	長柄町	電 話 ( )
	番地	性 別 男 ・ 女
利用者の資格  (該当する項目に○を付けてください。)  <input type="checkbox"/> 内は記入しないでください。	1	75歳以上の者
	2	65歳以上75歳未満の者で、次に該当する者 ・自動車運転免許証がない者 ・自動車運転免許証はあるが、健康上の理由等により運転が困難な者 <input type="checkbox"/> 「自動車運転免許証」又は「健康保険被保険者証」
	3	自主的に自動車運転免許証を返納した者 <input type="checkbox"/> 添付書類：「運転経歴証明書」又は「申請による運転免許の取消通知書」
	4	要介護認定を受けている者のうち、要支援1以上に該当する者 【認定有効期限 年 月 日】 <input type="checkbox"/> 添付書類：介護保険被保険者証
	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者
	6	療育手帳の交付を受けている者
	7	精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者 <input type="checkbox"/> 添付書類：該当する障害者手帳等
	8	腎臓機能障害を有する者で、人工透析透析治療を受けている者 <input type="checkbox"/> 添付書類：「特定疾病療養受療証」「医療費支払い明細書」等の証明できる書類
	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か月までの者) <input type="checkbox"/> 添付書類：母子健康手帳 【分娩予定日： 年 月 日】
	10	その他町長が認めた者【理由 _____】

高齢者等外出支援タクシー利用申請に係る確認のため、長柄町が保有する公簿によって、本人及び世帯員の町税等 (町民税・固定資産税・軽自動車税・国民健康保険税・介護保険料・後期高齢者保険料) の収納状況について、調査することに同意します。

利用者氏名 印

(裏)

以下、記入不要

登録番号	第 号	登録年月日	年 月 日
利用資格		表面利用者資格の該当番号を記入	
交付枚数	枚		

※交付枚数

利用者資格の1番から6番まで、または9番の場合

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4枚に相当する枚数。

利用者資格の7番の場合

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12枚に相当する枚数。

利用者資格の8番の場合

申請があった月から出産予定日後2か月に達するまで最大64枚。