様式第１号(第４条関係)

高齢者等外出支援福祉タクシー料金助成事業利用申請書

年　　月　　日

　　(宛先)愛西市長

申請者　住所

氏名

利用対象者との関係

電話　　　　(　　　)

　次のとおり高齢者等外出支援福祉タクシー料金助成事業を利用したいので、申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用対象者 | 住所 | 愛西市 | | | |
| 氏名 |  | | 生年月日 |  |
| 電話番号 |  | | | |
| 区分 | ・常時又は屋外での移動の際に車椅子を必要とする者  ・寝たきりの状態にある者  ・その他 | | | |
| 身体等の状況 | 要介護認定 | | 要支援　１・２　要介護　１・２・３・４・５ | | |
| 身体障障害者手帳 | | １級　・　２級　・　３級 | | |
| 利用期間 | 年　　月　　日　～　当該年度末までの間 | | | | |
| 備考 |  | | | | |