様式第1号(第４条関係)

玄海町介護タクシー通院等助成事業利用申請書

　年　　月　　日

　玄　海　町　長　様

 　 　　申請者

住所

氏名

　　連絡先

　　　　　　　　　　対象者との続柄（　　　　　　）

　玄海町介護タクシー通院等助成金交付要綱第４条第１項の規定により，下記のとおり申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象者氏名 |  | 電話番号　 |
| 住所 |  |
| 生年月日 | 　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 対象者要件(いづれかに〇) | □要介護３　　　　　□身体障害者手帳１級□要介護４　　　　　□身体障害者手帳２級□要介護５　　　　　　認定日（手帳交付日）　　　年　　月　　日 |
| 利用方法 | □大型車（ストレッチャー、リクライニング）□普通自動車、軽自動車（車イス） |
| 身体の状況 | ※介護タクシーでないと利用できない理由を記入してください。例：下肢筋力の低下で自力での歩行が困難であり、車の乗り降りに必ず介助が必要なため一般の交通機関を利用できない。 |

・介護保険被保険者証または、身体障害者手帳を添付してください。