

様式第1号（第6条、第10条関係）

神栖市福祉タクシー事業利用（変更）申請書

年 月 日

神栖市長 様

申請者 住 所  
氏 名 ⑩  
電 話 番 号  
利用者との続柄 ( )

下記のとおり、福祉タクシー事業を利用したいので、神栖市福祉タクシー事業実施要項第6条及び第10条の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

フリガナ 利用者氏名	住 所		神栖市	
	電 話 番 号			
生 年 月 日			性別	男 ・ 女
申 請 理 由	1 高齢者	2 要介護者等 要介護( )	3 障害者等	
			① 身体障害者手帳 ( ) 級 ② 療育手帳 ( ) ③ 精神障害者 ( ) ④ 難病等(疾患名 ) 自動車税減免の有無 ( 有 ・ 無 )	
送 迎 を 希 望 す る 場 所	福祉サービスを提供する場所 居宅⇔( ) ( ) ( )		保険医療機関 居宅⇔ ( ) ( ) ( )	
透 析 ・ 難 病	有(週 回)・ 無	希望枚数	月 4枚 ・ 8枚 ・ 12枚 ・ 16枚	
※ 週2回透析通院されている方は月12枚・週3回透析通院されている方は月16枚が限度です。				
過 去 の 申 請	初回 ・ 2回目以降 ( 年申請)			
交 付 方 法	1回交付（1年分一括交付） ・ 2回交付（上半期・下半期2回交付）			
同 意 確 認 欄	私は、神栖市福祉タクシー事業の利用の決定に必要な事項として、「住民登録」について、福祉タクシー事業所轄課職員が確認することに同意します。  氏名			

(注) この申請に当たって、介護予防プラン、介護サービス計画、障害者手帳などをお持ちの方は提示してください。

(市記入欄)

居住要件	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当 (理由 )
心身の要件	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当 (理由 )
ケア会議	<input type="checkbox"/> 要	<input type="checkbox"/> 不要 担当者 課 職氏名
(本人の状況等を記載)		利用者番号 No.
受取方法	窓口 ・ 郵送	今後の自動車税の減免予定
手帳番号	県 第 号	来期予定 ・ 予定無 台帳番号