

様式第 1 号（第 6 条、第 1 0 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
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 1 0 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		生年月日		
		電話番号		
住所	神栖市		性別	男 ・ 女
申請理由	1 高齢者	2 要介護者等 要介護・要支援 （ ）		
	3 障害者等 ① 身体障害者手帳 （ ） 級 ② 療育手帳 （ ） ③ 精神障害者保健福祉手帳 （ ） 級 ④ 難病等 （疾患名 ） 透析 （ 有（週 回） ・ 無 ） 自動車税減免の有無 （ 有 ・ 無 ）			
	※介護予防プラン・介護サービス計画・障害者手帳等をお持ちの方はご提示ください ※透析が週 2 回の方は月 12 枚、週 3 回の方は月 16 枚が配布限度枚数となります			
送迎を希望する 場所	居宅 ⇄ （ （ （	配布枚数	月 4 枚 ・ 8 枚 ・ 12 枚 ・ 16 枚	
		交付方法	一括交付 ・ 半期 2 回交付	
緊急連絡先	フリガナ 氏名	住所		
	続柄 （ ）	電話番号		
	フリガナ 氏名	住所		
	続柄 （ ）	電話番号		
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次の事項について、福祉タクシー事業所管課職員が確認することに同意します。 ・住民登録 ・本人及び同世帯員の自動車税及び軽自動車税の減免状況 氏名			

（市記入欄）

居住要件	☐ 該当 ☐ 非該当 （理由 ）	受取方法	窓口 ・ 郵送
心身の要件	☐ 該当 ☐ 非該当 （理由 ）		
手帳番号	県・市 第 号	台帳番号	
申請回数	初回 ・ 2 回目以降	利用者番号	No.