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

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　　(　　)②　療育手帳　　　　　(　　)③　精神障害者　　　　(　　) | 級 |
| 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 |

　(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 | 　　□該当　　　　　□非該当　(理由　　　　　　　　　　　　　　) |
| 心身の要件 | 　　□該当　　　　　□非該当　(理由　　　　　　　　　　　　　　) |
| ケア会議 | 　　□要　　　　　　□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 | 来期予定　・　予定無 |
| 手帳番号 | 県　第　　　　　号 | 台帳番号 | 　 |
| 　 |