　　年　　月　　日

（宛先）高 松 市 長

住所　高松市　　　　　町　　丁目　　　番　　　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　番地

生年月日（ 　　年　　月　　日）（　　　歳）

電話　　（　　　　　－　　　　　　）

高松市高齢者福祉タクシー助成券交付申請書

在宅で生活しており、高齢者福祉タクシー助成券の交付を受けたいので、次のとおり申請します。なお、対象要件の確認に当たり、介護保険被保険者証の内容について及び地方税法の規定に基づく課税台帳により所得の状況について確認されることに同意します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 現在の居所 | □自宅 　　　□その他（　　　　　　 　　　　　 　　 　　　 ） | | |
| 介護保険  被保険者  証の内容 | 被保険者番号 |  | |
| 要介護状態区分 | 要介護　　１　・　２　・　３　・　４　・　５ | |
| 認定年月日 | 年　　 月　 　日 | |
| 認定の有効期間 | 年　　 月 　　日～　　 年　　 月 　　日 | |
| 手 帳 の  交付状況 | 身体障害者手帳 | 有｛　　　級、車いすの利用（有・無）｝ ・　無 | |
| 療育手帳 | 有（　 　 　　　）　・　　無 | |
| 精神障害者保健福祉手帳 | | 有（　　　　　級）　・　　無 |
| 被爆者健康手帳 | | 有　　・　　無 |
| 戦傷病者手帳 | | 有　　・　　無 |

※以下は、助成券の受領後にご記入ください。申請の際、受領者は**印鑑**をご持参ください。

高齢者福祉タクシー助成券受領書

　　年　　月　　日

（宛先）高 松 市 長

　　　　　　　　年度分高齢者福祉タクシー助成券を受領しました。

□本人 　 　　□親族（対象者との続柄　　 　　　　　　）

□民生委員・児童委員 　　□保健師

□老人介護支援ｾﾝﾀｰ職員（支援ｾﾝﾀｰ名　 　 　 　 ）

□介護支援専門員（事業所名 　 　 　 ）

　　　　　　　　住所　高松市　　　　　町　　丁目　　　番　　　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　番地

　　　　　　　　電話（　　　　－　　　　　　　）

※事務処理欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 整理番号 |  | 助成券番号 |  |

**受領者**