

年 月 日

(宛先) 高 松 市 長

申 請 者 (対 象 者)

住所 高松市 町 丁目 番 号
番地

フリガナ
氏名 (印)

生年月日 (明・大・昭 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	

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。

受領者 { ☐ 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

フリガナ
氏名

電話 (—)



※事務処理欄

整理番号		助成券番号	
------	--	-------	--