

枚方市高齢者福祉タクシー基本料金助成事業利用申込書

枚 方 市 長

申込者 (代理人)	氏名	続柄
	住所	
	電話	

上記の者を代理人として、福祉タクシー基本料金助成事業の利用申し込み手続きを委任します。
本事業による助成金の受領については、枚方市と本事業に係る契約を締結した事業者に委任します。
また、貴職が利用者の要介護認定調査票の閲覧、世帯構成員の収入状況を調査することに同意します。

利用者	フリガナ				電話番号
	氏 名	* 在宅で介護を受けている方が対象です。			
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日 (歳)
	住 所	枚 方 市			
	介護認定	要介護 1・2・3・4・5		被保険者番号：000	
	今年度、高齢者・障害者の福祉タクシーの申請は初めてですか。 ☐ はい ☐ いいえ ※「いいえ」の場合はタクシーチケットをお受け取りできません。 ※障害者の福祉タクシーの利用券との併給はできません。				
世帯構成員	氏 名	続柄	生年月日	連絡先	
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		

受領書	枚方市高齢者福祉タクシー基本料金助成利用券を 令和 年 月 日に受領しました。	
	受領者氏名	
	※受領者が居宅介護支援事業所・介護保険施設関係者の場合は、下記も記入してください。	
	事業所名称	電話番号

..... 以下については記入しないで下さい

- ※ 利用者年齢 ☐ 65歳以上
- ※ 生活状況 ☐ 在宅で生活をしている
(介護保険住所地特例施設、グループホーム、有料老人ホーム、サ高住は施設扱い)
- ※ 要介護認定調査票の寝たきり度 ☐ B ☐ C
- ※ 市民税所得割額 (4月～6月の申請→前年度分、7月～3月の申請→当年度分)
☐ 非課税世帯
☐ 課税世帯 → 世帯の生計中心者の市民税所得割額
☐ 12万円以下 ☐ 12万円以上
世帯の生計中心者の氏名 ()
- ※ 前年度の状況
☐ 継続 ..介護保険被保険者(写)の確認は省略可
☐ 新規 ..介護保険被保険者(写)の確認

タクシー利用券番号					
交付枚数(該当するものに○)					
4月	5月	6月	7月	8月	9月
24	22	20	18	16	14
10月	11月	12月	1月	2月	3月
12	10	8	6	4	2

受付	確認	入力