

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。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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 ..利用者の印鑑(同意書)は省略可  
 新規

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