

福祉タクシー利用料金助成対象認定(変更認定)申請書

年 月 日

雲南市長様

下記のとおり福祉タクシー利用料金助成対象認定(変更認定)の申請をします。
 なお、福祉タクシー利用料金助成対象認定のため、世帯の住民登録資料、要介護(支援)認定情報等について、各関係機関に調査、照会、閲覧されることに同意します。

(申請者) 住所

氏名

(利用者との関係)

電話番号 () -

利用者情報	氏名		電話番号	() -
	住所	雲南市 (申請者住所と異なる場合にご記入ください。)		
	生年月日	明治 昭和 大正 平成	年 月 日	(歳)
	身体状況	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (障がい名:) 等級: 級) <input type="checkbox"/> 要介護認定 (要介護度:)		
		<input type="checkbox"/> その他 ()		
生活状況		<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 在宅以外 (施設名:)		
変更申請の場合の理由				
外出時の移動状況	外出時の移動は常時 車いす ストレッチャー が必要			
受取方法の希望	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 大東総合センター <input type="checkbox"/> 加茂総合センター <input type="checkbox"/> 木次総合センター <input type="checkbox"/> 三刀屋総合センター <input type="checkbox"/> 吉田総合センター <input type="checkbox"/> 掛合総合センター <input type="checkbox"/> 長寿障がい福祉課			

※身体障害者手帳・介護保険証をお持ちの方は、申請時に提示してください。