様式第２号（第５条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | 決裁 | | 課長 | | 高齢者介護  保険係 | | | | | | | | | 障害福祉係 | | | |
|  | |  | | |  | | | | | |  | | |  |
| 決裁  年月日 | 年　月　日 | | | 発行  年月日 | | 年　月　日 | | | | | | | 登録番号 | | | | 第 | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 枕崎市高齢者等福祉タクシー利用券交付申請書（兼登録台帳） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請日（　　　　年　　月　　日） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ①申請者  （窓口に来られた方） | フリガナ |  | | | | | | | 電話 | |  | | | | | | | | |
| 氏名 | ㊞ | | | | | | |
| 生年月日 | | | | | |  | | | | |
| 住所 |  | | | | | | | | | | 対象者  との関係 | | | | | | １ 本人  ２ 本人以外  (　　 　) | |
| ②対象者  (利用券交付の対象者) | 申請者本人の場合、記載の必要はありません。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | 電話 | | |  | | | | | | | |
| 氏名 | ㊞ | | | | | | |
| 生年月日 | | | | |  | | | | | |
| 住所 | 枕崎市 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ③免許の確認 | □ 返納した  □ 取得したことがない | | | | | | | □ 更新しなかった  □ その他 | | | | | | | | | | | |
| ④対象者区分 | □ 75歳以上 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ 要介護認定者等（要介護　/要支援　/その他　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ 身体障害者（身体障害者手帳） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ 知的障害者（療育手帳） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ 精神障害者（精神障害者保健福祉手帳） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ 難病患者（特定医療費【指定難病】受給者証） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ 小児慢性特定疾病患者(小児慢性特定疾病医療受給者証） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

（注意事項）

　この申請書により得られた情報は、福祉に関する事業目的以外に利用することはありませんので、正確に記入してください。

　なお、不正に取得した場合や、登録された方以外の利用が確認された場合は、登録を取り消し、利用分を請求することがあります。