白子町福祉タクシー利用申請書

　　年　　月　　日

　白子町長　　　　　　　様

住　所

申請者　氏　名

　　　　対象者との続柄

　白子町福祉タクシー事業実施要綱第４条第１項の規定により、福祉タクシーを利用したいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対　象　者 | ふりがな |  | | 性　　別 | 男　・　女 |
| 氏　　名 |  | | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住　　所 | 白子町 | | 電話番号 |  |
| ※申請区分の欄については、該当するものに〇をして下さい。 | | | | | |
| 申 請 区 分 | 障 害 者 |  | 身体障害者手帳【 １級・２級 】 | | |
|  | 腎臓機能障害を有し、人工透析療法を受けている方 | | |
|  | 療育手帳 | | |
|  | 精神障害者保健福祉手帳 | | |
| 高 齢 者 |  | 要介護　４・５【認定有効期限　　　年　　月　　日】 | | |
|  | ７０歳以上 | | |
| 妊 産 婦 |  | 母子健康手帳（出産予定日から３箇月未経過） | | |
| ひとり親家庭等 |  | 児童扶養手当を受給している方、又は、公的年金を受給している方（ひとり親家庭等医療費等助成受給券の交付を受けた方） | | |

・提示するもの

1. 障害者：障害者手帳
2. 人工透析患者：特定疾病療養受療証、医療費支払い明細書等の証明できる書類

　(3) 要介護４・５：介護保険被保険者証

　(4) 上記以外で７０歳以上の者：健康保険被保険者証又は介護保険被保険者証

　(5) 妊産婦：母子健康手帳

　(6) ひとり親家庭等：児童扶養手当証書又はひとり親家庭等医療費等助成受給券

|  |
| --- |
| 同　意　書  福祉タクシーの利用資格の確認のため、白子町が保有する公簿等により、本人及び世帯員の住民登録及び町税等（町民税、固定資産税、軽自動車税、国民健康保険税、介護保険料及び後期高齢者医療保険料）の収納状況について、調査することに同意します。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名 |