

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○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
	高齢者等	要介護 4・5【認定有効期限 年 月 日】
		70歳以上
		自動車運転免許証を返納した方
	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：マイナンバーカード、資格確認書等
- (5) 自動車運転免許証を返納した者：運転経歴証明書
- (6) 妊産婦：母子健康手帳
- (7) 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