

様式第1号（第4条関係）

南三陸町高齢者福祉タクシー利用助成券支給申請書

年　月　日

南三陸町長　様

申請者　住所
氏名 印
対象者との続柄
電話番号

高齢者福祉タクシー利用助成券の支給を受けたいので、下記のとおり申請します。

対象者	ふりがな			
	氏名			
	生年月日	年　月　日 (　歳)	性別	男・女
	住所	南三陸町		
	通院している医療機関	医療機関名	所在地	通院頻度
				回/月
				回/月
	対象者区分	該当する事項に○印を付けてください (1) 要介護認定を受けている者 (　要介護3　・　要介護4　・　要介護5　) (2) その他町長が特に必要と認めるもの		
	同意欄	利用助成券の受給要件確認のため、私の介護保険情報、生活保護情報及び住民基本台帳情報について、調査されることに同意します。		
	<u>対象者</u> 印			

(添付書類) 介護保険被保険者証又は要介護度を確認できるものの写し

※町記入欄（以下は記入しないでください。）

対象要件		決定内容	収受年月日
<input type="checkbox"/> 要介護認定	有・無	<input type="checkbox"/> 決定 (支給開始： 年　月)	
<input type="checkbox"/> 生活保護受給	有・無	<input type="checkbox"/> 却下 (理由：)	
<input type="checkbox"/> 介護施設等への入所	有・無		
<input type="checkbox"/> 他の助成事業の対象	有・無		