

年 月 日

刈谷市長

申請者 住所又は所在地
 地域包括支援センター
 (事業者等が申請する場合は記載) (包括名)
 居宅介護支援事業所等
 (事業所名)
 氏 名
 (家族等の場合) (続柄)
 電 話 番 号 (.....)

下記のとおり申請します。

記

| | | | | | |
|-----|---------|-----------------------------|---|------|--|
| 対象者 | フリガナ | | | 生年月日 | |
| | 氏 名 | | | | |
| | 住 所 | <input type="checkbox"/> 同上 | <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設、介護老人保健施設又は介護医療院に入所していません。 | | |
| | 電 話 番 号 | <input type="checkbox"/> 同上 | | | |
| 備 考 | | | | | |

| | | | | | | |
|---------|--|---|------|---|-------------|---|
| 要介護認定区分 | 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 | | | | | |
| 手 帳 種 別 | 身体障害者手帳 | 級 | 療育手帳 | 級 | 精神障害者保健福祉手帳 | 級 |

【受領欄】 (窓口で受領された方の氏名をご記入ください。)

介護タクシー料金助成利用券 (交付番号 No. _____ 交付枚数 _____ 枚) を受領しました。
 年 月 日
 氏名..... 続柄.....

| | |
|-----|---------------------------------|
| 送付先 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ |
| | <input type="checkbox"/> 対象者と同じ |

| |
|----|
| 受付 |
|----|

介護タクシー料金助成利用券交付申請書 (記入例)

令和 〇〇 年 〇〇月 〇〇日

刈谷市長

申請者 住所又は所在地 刈谷市東陽町1丁目1番地
地域包括支援センター
 (事業者等が申請する場合は記載) (包括名 〇〇地域包括支援センター)
居宅介護支援事業所等
 (事業所名)

氏 名 刈谷 太郎
 (家族等の場合) (続柄 長男)

電 話 番 号 (〇〇〇〇) 〇〇 - 〇〇〇〇

下記のとおり申請します。

記

| | | | | | |
|-----|---------|--|--|------|---------------|
| 対象者 | フリガナ | カリヤ ハナコ | | 生年月日 | 昭和 〇〇 年 〇月 〇日 |
| | 氏 名 | 刈谷 花子 | | | |
| | 住 所 | <input checked="" type="checkbox"/> 同上 | <input checked="" type="checkbox"/> 介護老人福祉施設、介護老人保健施設又は介護医療院に入所していません。 | | |
| | 電 話 番 号 | <input checked="" type="checkbox"/> 同上 | | | |
| 備 考 | | | | | |

身体障害者手帳1～3級、療育手帳AまたはB、精神障害者保健福祉手帳1～2級所持者は、福祉総務課で申請してください。

| | |
|---------|--|
| 要介護認定区分 | 要介護 <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> |
| 手 帳 種 別 | 身体障害者手帳 級 療育手帳 |

交付番号、交付枚数は職員が記入

【受領欄】 (窓口で受領された方の氏名をご記入ください。)

介護タクシー料金助成利用券 (交付番号 No. 交付枚数 枚) を受領しました。

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

氏名 〇 〇 〇 〇 続柄 〇〇

受取日、氏名、続柄は受領者が記入

| | |
|-----|---------------------------------|
| 送付先 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ |
| | <input type="checkbox"/> 対象者と同じ |

職員が記入

| |
|----|
| 受付 |
|----|