　年 　　月　 　日

大 崎 市 長　　様

申請者　住所 大崎市

(対象者)氏名

電話番号

大崎市高齢者タクシー利用助成券交付申請書

大崎市高齢者タクシー利用助成券の交付を受けたいので，次のとおり申請します。

申請においては，交付要件の審査のため高齢者の介護保険情報および高齢者の属する世帯の住民基本情報，市町村課税状況について，大崎市が閲覧することに同意します。

記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 身体の状況 | 個　人　番　号 |  | | 生年月日 | 年 月 日 |
| 介 護 保 険  被保険者番号 |  | |
| 要介護  状態区分 | □要介護（　　　）  □要支援（　　　）  □事業対象 |
| 認定の有効期間 | 令和　　年　　月　　日  ～ 令和　　年　　月　　日 | |
| 障害者手帳等 | □無　 □有　　・療育手帳（Ａ）・精神障害者保健福祉手帳（１級/２級）  ・身体障害者手帳（１級/２級/内部３級）のいずれか | | | |
| 世 帯 員 の 状 況 | 氏名 | 生年月日（年齢） | 続柄 | 障害又は病気若しくは長期不在の状況  （※18歳以上65歳未満の方のみ） | |
|  | 年 月 日(　　歳) |  |  | |
|  | 年 月 日(　　歳) |  |  | |
|  | 年 月 日(　　歳) |  |  | |
|  | 年 月 日(　　歳) |  |  | |

※　申請日の属する年度において，他市町村から市町村民税が賦課されている場合には，当該市町村の発行する非課税証明書を添付してください。

□ 申請手続代行者（　窓口での受取を　□　希望する・　□　希望しない　）

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 | 電話番号 |
|  |  |
| 氏名(居宅介護支援事業所等の場合は事業所名も記入) | 高齢者との関係 |
|  |  |

□ 助成券送付先（申請者の住所以外へ送付を希望する場合は記入してください。）

|  |
| --- |
| 郵便番号：　　　　　　　　住所：  宛て名： |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ※担当課記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 課税状況 |  |
| □非課税世帯  □課税世帯 |
| 判定 |
| □可  □不可（　　　　　　 ） |