

記載例

助成券を利用する方を記載してください。

申請者 住所 大崎市古川七日町1番1号
 氏名 大崎花子
 電話番号 23-6085

大崎市高齢者等福祉有償運送利用助成券交付申請書

大崎市高齢者等福祉有償運送利用助成券の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。
 なお、利用助成券の交付要件を確認するため、私の要介護認定結果や障害等級等を閲覧することに同意します。

記

対象者の状況	住所	大崎市古川七日町1番1号		電話番号	23-6085
	氏名	大崎花子		性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女
	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日		年齢	〇〇歳
	介護保険被保険者番号	0123456789		認定月日	令和〇年〇〇月〇〇日
	要介護状態区分	要介護 3・ <input checked="" type="radio"/> 4・5		有効期限	令和〇年〇〇月〇〇日
	身体障害者手帳	都道府県第 号		等級	1・2種 1・2級
主な利用目的	<input checked="" type="radio"/> ① 医療機関への通院，入退院，諸手続及び相談 <input type="radio"/> ② 官公庁への権利，義務に関する諸手続及び相談 <input type="radio"/> ③ 福祉サービスを利用するための入退所（当該入退所に送迎がある場合を除く。），諸手続及び相談				
利用予定NPO法人等名	特定非営利活動法人 みんなの足				

※1 主な利用目的欄は、該当する番号に○印を付けてください。

※2 身体障害者手帳を所持している方は、確認のため申請時に提示してください。

申請手続代行者（窓口での受け取りを 希望する・ 希望しない）

住所
氏名（居宅介護支援事業所等の場合は事業所名を記入）

代行申請の方で、郵送ではなく窓口での受け取りを希望される場合は、
 希望する
 にチェックを入れてください。

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：	

申請者の住所以外に助成券の送付を希望される場合は記載してください。