様式第１号（第６条関係）

　　 年　 　月　 　日

大崎市長　　様

申請者　 住 所 大崎市

氏 名

電話番号

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 | 電話番号 |  |
| 氏 名 |  | 性 別 | 男　・　女 |
| 生年月日 |  | 年 齢 | 　　　　歳 |
| 介護保険被保険者番号 |  | 認定月日 |  　 年　 月　 日 |
| 要介護状態区分 | 要介護 ３・４・５ | 有効期限 |  年　 月　 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 | ①　医療機関への通院，入退院，諸手続及び相談②　官公庁への権利，義務に関する諸手続及び相談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ＮＰО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 | 電話番号 |
|  |  |
| 氏名（居宅介護支援事業所等の場合は事業所名を記入） | 対象者との関係 |
|  |  |

□　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： |