

--

江津市福祉タクシー利用券交付申請書	
年 月 日	
江津市長 様	
住 所	
氏 名	
(対象者との続柄等)	
下記により江津市福祉タクシー利用券の交付を申請します。	

対 象 者	氏 名		男・女	生年月日	年 月 日	
	住 所			電話番号		
	申 理 由	<input type="checkbox"/> 寝たきり老人 (判定基準に基づく寝たきり度: B1・B2・C1・C2)				
		<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳の交付を受けている者 (<input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 体幹 <input type="checkbox"/> 脳原性運動機能障害)(1・2 級)				
<input type="checkbox"/> 特別障害者手当受給者						
<input type="checkbox"/> 介護保険法に基づき要介護認定された者(要介護度: 1・2・3・4・5)						

福祉タクシー利用券交付決定伺 (※江津市処理欄)

起 案	決 裁	施 行
年 月 日	年 月 日	年 月 日

稟 議	課 長	課 長 佐	係 長	合 議
--------	--------	----------	--------	--------

適 用 要 件	<input type="checkbox"/> 寝たきり老人	寝たきり度	B1・B2・C1・C2		
	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳	障 害 名	<input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 体幹 <input type="checkbox"/> 脳原生運動機能障害	障害等級	1・2 級
	<input type="checkbox"/> 特別障害者手当	障 害 名			
	<input type="checkbox"/> 要 介 護 認 定	要 介 護 度	1・2・3・4・5	認定有効期間	年 月

上記のとおり確認したので、下記のとおり交付してよろしいか。

確認者

利用券交付枚数	枚 (月～ 月分)
---------	------------