様式第１号（第３条関係）

令和5年度

丹波篠山市高齢者・障がい者タクシー料金助成券交付申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

丹波篠山市長　様

　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　対象者との続柄（　　　　　）

　丹波篠山市高齢者・障がい者タクシー料金助成券の交付を受けたいので、丹波篠山市高齢者・障がい者タクシー料金助成事業実施要綱第３条の規定により、次のとおり申請します。

　また、私が実施要綱第２条の助成対象者に該当するかを確認するため、丹波篠山市が関係情報その他の資料を調査することに同意します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 助成対象者 | 氏名 | （ふりがな） |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 生年月日 | 明・大・昭平・令　　　　　年　　月　　日（　　歳） | 性別 | 男・女 |
| 住所 | 〒丹波篠山市 |
| 電話番号 | （自宅）　　　　　　　－　　　　　－（携帯電話）　　　　　－　　　　　－ |
| 対象者区分 | ・７５歳以上 |
| （75歳未満）・身体障害者手帳1・2級・3級第1種・4級第1種・療育手帳A判定・精神障害者保健福祉手帳1級 |

代理申請を行う場合

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 代理人 | 氏名 | 生年月日 | 住所 |
| （ふりがな） | 　年　　月　　日 | 〒電話番号　　－　　　－ |
| 　　　　 |
| 　上記の者を代理人と認め、丹波篠山市高齢者・障がい者タクシー料金助成券の交付の申請を委任します。　　　　　　　　　　　　　　　　　対象者氏名　　　　　　　　　　　 |

以下の欄は、記入しないでください。

|  |  |
| --- | --- |
| 交付番号 |  |
| 対象確認 | □75歳以上　□在宅　□身体障害者手帳1・2級・3級第1種・4級第1種　　□療育手帳A判定　□精神障害者保健福祉手帳1級 |
| 本人確認 | □健康保険証 　□運転免許証　　□身体障害者手帳等□その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 代理人確認 | □健康保険証　 □運転免許証　　□身分証明書（　　　　　　　　） |
| 備考 |  |
| その他 | □外出支援サービス　□人工透析治療通院費　□加算あり　□加算なし□交付枚数△　　枚　　　　□台帳 |

様式第１号（第３条関係）

記　載　例

丹波篠山市高齢者・障がい者タクシー料金助成券交付申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和4年3月18日

丹波篠山市長　様

　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所　丹波篠山市北新町41

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　篠山　太郎

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　対象者との続柄（　　子　　）

　丹波篠山市高齢者・障がい者タクシー料金助成券の交付を受けたいので、丹波篠山市高齢者・障がい者タクシー料金助成事業実施要綱第３条の規定により、次のとおり申請します。

また、私が実施要綱第２条の助成対象者に該当するかを確認するため、丹波篠山市が関係情報その他の資料を調査することに同意します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 助成対象者 | 氏名 | （ふりがな）ささやま　ふくし |
| 　　　　　　　篠山　福祉　　　　　　　　　　　　　　 |
| 生年月日 | 明・大・昭平・令　　　　　　22年4月1日（75歳） | 性別 | 男・女 |
| 住所 | 〒669-2397丹波篠山市北新町41 |
| 電話番号 | （自宅）　　　　079－552－5346（携帯電話）　　090－1111－2222 |
| 対象者区分 | ・７５歳以上 |
| （75歳未満）・身体障害者手帳1・2級・3級第1種・4級第1種・療育手帳A判定・精神障害者保健福祉手帳1級 |

該当する区分に○をしてください。

代理申請を行う場合

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 代理人 | 氏名 | 生年月日 | 住所 |
| （ふりがな）ささやま　たろう | 昭和52年4月1日 | 〒669-2397　丹波篠山市北新町41電話番号079－552－5346 |
| 　　　　　篠山　太郎 |
| 　上記の者を代理人と認め、丹波篠山市高齢者・障がい者タクシー料金助成券の交付の申請を委任します。　　　　　　　　　　　　　　　　　対象者氏名　　篠山　福祉　　　　 |

以下の欄は、記入しないでください。

|  |  |
| --- | --- |
| 交付番号 |  |
| 対象確認 | □75歳以上　□在宅　□身体障害者手帳1・2級・3級第1種・4級第1種　　□療育手帳A判定　□精神障害者保健福祉手帳1級 |
| 本人確認 | □健康保険証 　□運転免許証　　□身体障害者手帳等□その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 代理人確認 | □健康保険証　 □運転免許証　　□身分証明書（　　　　　　　　） |
| 備考 |  |
| その他 | □外出支援サービス　□人工透析治療通院費　□加算あり　□加算なし□交付枚数△　　枚　　　　□台帳 |