

様式第1号(第5条関係)

年 月 日

愛南町長 様

申請者 住 所  
氏 名  
電話番号

印

愛南町介護タクシー助成事業利用申請書

愛南町介護タクシー助成事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を添えて次のとおり介護タクシーの利用を申請します。

利用対象者

ふりがな 氏 名		性 別	男 ・ 女
住 所			
連 絡 先			
生年月日	年 月 日 ( ) 歳		
介護認定日等	年 月 日	要介護度 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	
障害者手帳	あり ・ なし	障がい名 ( )	
利用区分	・ 車椅子使用 ・ ストレッチャー使用		
身体状態	・ 寝たきり ・ 歩行困難		
申請理由			

※利用対象者が常時車椅子又はストレッチャーの利用が必要であることが確認できる書類の写し(介護保険主治医意見書、居宅サービス計画書、アセスメント表等)を添付してください。