

松原市福祉タクシー料金助成利用申請書

松原市長殿

申請者(対象者)

住所 松原市

ふりがな

氏名

生年月日 年 月 日

連絡先

被保険者番号

松原市福祉タクシー料金助成事業実施要綱第4条の規定により、次のとおり申請します。  
 なお、助成対象者であるかを確認するため、市長が公簿等を調査することを承諾します。

介護度 (いずれかに○)	要支援	要介護				
	2	1	2	3	4	5
助成の種類 (いずれかに○)	1. タクシー助成券 500円券	2. リフト付きタクシー助成券(要介護4・5) 1,400円券				

※注意事項

- 保険者が他市(住所地特例)の場合は介護保険被保険者証の提示が必要です。
- 医療機関又は社会福祉施設に入院又は入所している場合は、助成できません。
- 障害福祉課交付のタクシー助成券と重複して助成はできません。

この申請については、助成する。 助成しない。  
 年 月 日

課長	課長 補佐	係長	係

助成券番号	号
助成券交付日	年 月 日