**中川村福祉タクシー券交付申請書　(令和　年度分)**

申請日 ： 令和　　年　　月　　日

中 川 村 長　様

中川村福祉タクシー券の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。

**〔申請者〕**(宛名番号 ：　　　　　　　　)

|  |  |
| --- | --- |
| 住　所 | 〒　　（地区：　　　　　　）　　 |
| (ふりがな)氏　名 |  | 電話番号 |  |
| 生年月日 | 大正・昭和・平成　　　　年　　　月　　　日（　　　　　歳）　 |

**〔申請者の状況〕**該当する欄に○を付けてください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 高齢者 |  | 申請年度内に65歳以上である者 |
| 障がい者 |  | 身体障害者手帳保持者で、程度が１級または２級 |
|  | 療育手帳保持者 |
|  | 精神障害者保健福祉手帳保持者 |
|  | その他上記障がいと同等以上の状態にある者（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 福祉用具使用者 |  | 車椅子・ストレッチャー等の福祉用具を常時使用する者　**※交通手段の記載不要** |
| 妊産婦 |  | 母子手帳の交付を受けてから産後１年以内の方**※交通手段の記載不要** |

**〔交通手段〕**↓該当する方に○

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 交通手段なし | 原動機付自転車 | （日常の移動方法） |
| 家　族 | 独居 | 申請者の送迎不能 | （送迎不能の場合、その理由）日中独居**・** |

※交通手段 いわゆる「自動車やオートバイ」の事で、申請者や家族が自由に運転する事が可能なもの。トラクターや乗用運搬車などの農耕用車両は含まない。高齢・障害等の為に“運転する事ができない”場合は「なし」となる。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 村　審　査　欄 | 受 付 | 社 会 福 祉 | 高 齢 福 祉 | 保 健 医 療 | 地 域 包 括 | 判 定 |
|  |  |  |  |  | 可 | 否 |

※ 家　族 住民票上の世帯員ではなく、実態として同一の世帯を構成していると認められる者全員を指す。