

中川村福祉タクシー券交付申請書（令和7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	T・S・H・R 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。

※ 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。

村 審 査 欄	受 付	社 会 福 祉	福 祉 相 談	保 健 医 療	地 域 包 括	判 定	
						可	否