様式第１号（第４条関係）

小豆島町通院困難者タクシー助成券交付申請書

令和　　年　　月　　日

小豆島町長　殿

申請者　住所　小豆島町

氏名

（対象者との続柄）

電話

次のとおり、事業を利用したいので令和　　年度の通院困難者タクシー助成券の交付を

申請します。

また、助成券の交付の決定に必要な対象者と世帯員の課税資料等を使用することに同意

します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対　象　者 | 氏名 |  | 生年月日 |  |
| 住所 | 小豆郡小豆島町 | | |
| 要介護状態区分  （○で囲んでください） | 要介護　　１　　２　　３　　４　　５ | | |
| 障害等級 |  | 障害名 |  |

※添付書類

　(1) 介護保険被保険者証、身体障害者手帳又は療育手帳の写し

　(2) その他町長が必要と認めるもの

〈町記入欄〉

対象者の状況

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1　施設入所等 | □在宅 | □施設・病院 |  | | |
| 2　町民税課税状況 | □非課税 | □課税 |
| 3　自動車税等の減免 | □有 | □無 |
| 4　福祉年金支給状況 | □支給無 | □心身障害者福祉年金受給 | | □児童障害福祉年金受給 | |
| 5　介護の状況 | □自立歩行困難 | | □自立歩行可 | | |
| 6　障害の程度 | □下肢障害  （1・2級） | □上下肢障害  （1・2級） | □体幹機能障害（1・2級） | | □運動機能障害（1・2級） |
| □視覚障害  （1・2級） | □知的障害  （マルＡ） | □知的障害  （Ａ） | | □精神障害  （1級） |
| 7　その他勘案事項 |  | |  | |  |