

様式第1号

課 長		課 長 補 佐		係 長		担 当	
--------	--	------------------	--	--------	--	--------	--

介護タクシー利用料補助事業利用登録申請書

申請年月日 年 月 日

八郎潟町長 様

介護タクシー利用料補助を受けたいので、下記のとおり申請します。

この申請で得た情報について、介護タクシー利用料補助事業運営委託先に提示されることに同意します。

なお、介護タクシー利用中または利用後に生じた不測の事故や症状などの急変については、八郎潟町及び介護タクシー利用料補助事業運営委託先に、一切の責任を負わせないことを確約します。

申 請 者	(住 所) 〒		
	TEL		
	(氏 名)	印	通院対象者との関係
通 院 対 象 者	(氏 名)	(生年月日)	
		明 大 昭 年 月 日生	
	(住 所) 〒 八郎潟町		
	TEL		
	(介護タクシーが必要な理由)		
	(特記事項)		
	・定期的な通院 一ヶ月 回程度		
	・主な行き先 湖東厚生病院 その他()		
	・乗り入れ時 車いす リクライニング車いす		
	・その他 ()		

※ 介護保険要介護認定を受けている方(要介護1～要介護5)については、介護保険の福祉輸送サービスがあるため、申請は不要です。担当のケアマネージャーにご相談ください。