

福祉タクシー利用助成申請書

藤 沢 市 長

年 月 日

次の事項に同意し、藤沢市福祉タクシー利用券の申請をします。

1 当該事業適用期間中、市で保管する当該事業に必要な情報を市長が利用することに同意します。
※同意しない場合は、チェックしてください。→ ☐同意しません。

2 当該事業適用期間中、福祉タクシー利用券の受給資格が喪失するまでの間、この申請書をもって次年度以降の申請に代えることとします。
※同意しない場合は、チェックしてください。→ ☐同意しません。

3 特定医療費（指定難病）医療受給者証及び特定疾患医療受給者証で福祉タクシー利用券の交付を受けた場合、当該事業適用期間中、神奈川県に対して、特定医療費（指定難病）医療受給者証及び特定疾患医療受給者証の交付の有無について照会することに同意します。
※同意しない場合は、チェックしてください。→ ☐同意しません。

申請者氏名
(対象者)

申請区分	☐ 新規 ☐ 割増 ☐ 交付事由の変更		
フリガナ		生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日
対象者氏名			
住 所			
電 話	()		
券 種	※希望する福祉タクシー利用券を 選んで○で囲んでください。	一般	時間制
障がい者手帳 医療受給者証	身 体	☐ 上肢（１級） ☐ 内部（１級） ☐ 体幹（１級・２級・３級） ☐ 下肢（１級・２級・３級） ☐ 視覚（１級・２級）	
	透析割増	確認書類 ☐ 特定疾病療養受療証 ☐ その他（ ）	
	療 育	☐ A 1 ☐ A 2 ☐ 療育手帳B 1 + 身体障がい者手帳 3 級 ※判定のみの場合 ☐ 最重度 ☐ 重度 ☐ 中度 + 身体障がい者手帳 3 級	
	精 神	☐ １級	
	受給者証	☐ 特定医療費（指定難病）医療受給者証 ☐ 特定疾患医療受給者証	
居 所	☐ 在宅 ☐ 施設入所（施設名： ） ☐ 特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、ケアハウス ※交付対象外施設 ☐ その他（ ）		

提出者（申請者と異なる場合に記入）

氏 名		対象者との関係	
住 所	電 話 ()		

職員記入欄

交付	交付分類	交付番号	決定事項	受付者
	通常	No.	☐ 交付する ☐ 交付しない	
	透析割増（１／２）	No.		
	帰宅訓練給付（１／２）	No.		