

吹田市通院困難者タクシークーポン券交付申請書

記入日 年 月 日

吹田市長 宛

申請者 氏名 _____
対象者との続柄 () _____
電話番号 () _____

通院困難者タクシークーポン券の交付を下記のとおり申請します。

なお、この交付審査に必要なときは、私の住民登録、世帯の課税状況、要介護認定区分、施設入所、生活保護受給及び吹田市重度障害者福祉タクシー利用券の交付状況等について、吹田市長が関係書類により確認することに同意します。

記

対象者	住所	吹田市			
	フリガナ		性別	男・女	
	氏名				
	生年月日	大正 昭和 年 月 日			
	要介護認定区分	1・2・3・4・5	有効期間 終了年月日	年 月 日	
	被保険者番号				
対象要件の確認 (すべてに該当)		<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム等の施設に入所していない。			
		<input type="checkbox"/> 生活保護を受給していない。			
		<input type="checkbox"/> 吹田市重度障害者福祉タクシー利用券の交付を受けていない。			

通院先 記入欄	①
	②
	③

裏面に誓約書があります。必ず御記入ください。

誓約書

吹田市長 宛

吹田市通院困難者タクシークーポン券（以下「クーポン券」という）の使用に際し、下記事項を遵守いたします。

記

- 1 クーポン券を利用者以外に譲渡又は貸与して使用させないこと
- 2 通院以外に使用しないこと
- 3 吹田市から転出する等、クーポン券の対象者に該当しなくなった場合は、速やかにクーポン券を市に返却すること

以上

年 月 日

対象者氏名 _____

※市記入欄

受 理 年月日	年 月 日 (窓 口 ・ 郵 送)	年 月 日	宛名番号	
番 号	第 号	<input type="checkbox"/> 交付 <input type="checkbox"/> 却下	世帯番号	

受付担当 記 入 欄	
---------------	--