

記入例

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 吹田 一郎  
 対象者との続柄 ( 長男 )  
 電話番号 ( 06 ) 1234 - 1234

対象者本人又は親族の方の氏名を記入してください。

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 <b>泉町1-3-40</b>   |       |                                     |                                      |
|                     | フリガナ    | <b>スイタ タロウ</b>  |       | 性別                                  | <input checked="" type="radio"/> 男・女 |
|                     | 氏 名     | <b>吹田 太郎</b>  |       |                                     |                                      |
|                     | 生年月日    | 明治 大正 <b>昭和</b> <b>11</b> 年 <b>12</b> 月 <b>1</b> 日  |       |                                     |                                      |
|                     | 要介護認定区分 | <input checked="" type="radio"/> 1・2・3・4・5  | 有効期間  | <b>XX</b> 年 <b>XX</b> 月 <b>XX</b> 日 |                                      |
|                     |         |   | 終了年月日 |                                     |                                      |
|                     | 被保険者番号  | <b>0001234567</b>   |       |                                     |                                      |
| 対象要件の確認<br>(すべてに該当) |         | <input checked="" type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム等の施設に入所していない。<br><input checked="" type="checkbox"/> 生活保護を受給していない。<br><input checked="" 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。 |       |                                     |                                      |

特別養護老人ホーム等とは  
 ①特別養護老人ホーム  
 ②介護老人保健施設  
 ③介護医療院  
 ④特定施設入居者生活介護を提供する施設  
 ⑤認知症高齢者グループホーム

|            |          |
|------------|----------|
| 通院先<br>記入欄 | ① ○○病院   |
|            | ② △△診療所  |
|            | ③ □□歯科医院 |

通院先を1か所以上、記入してください。

裏面に誓約書があります。必ず御記入ください。

※御注意いただきたいこと※

- 申請書は漏れなく記入してください。
- 記入には黒または青のボールペンを使用してください。  
(鉛筆やフリクション(消えるボールペン)は、使用しないでください。)

# 誓約書

吹田市長 宛

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

〇〇年 〇〇月 〇〇日

(代筆 吹田 一郎)

対象者氏名

吹田 太郎

対象者氏名：本人が署名してください。

※本人による署名が難しい場合は、左記のとおり対象者と代筆者の氏名を記入してください。

## ※市記入欄

|            |                        |   |      |  |
|------------|------------------------|---|------|--|
| 受 理<br>年月日 | 年 月 日<br>( 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 |  |

記入不要です。

※郵送で申請する場合は、介護保険被保険者証の写しを忘れず添付してください。

受付担当  
記入欄