吹田市通院困難者タクシークーポン券交付申請書

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次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がい者福祉タクシー利用券交付要領における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。

対象者	住　　所	吹田市		
	フリガナ			
	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）		□　特別養護老人ホーム等の施設に入所していない。		
		□　生活保護を受給していない。		
		□　吹田市重度障がい者福祉タクシー利用券、重度障がい者リフト付き福祉タクシー利用券のいずれも交付を受けていない。		

通院先 記入欄	

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　　クーポン券の使用方法を理解すること
　・1回の乗車で複数枚使用できる
　・クーポン券の交付は年度につき1回である
　・クーポン券の再発行はできない

以上

※すべての項目を確認し、下段の署名をお願いいたします。

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	□交付　□却下	世帯番号	

受付担当 記 入 欄	