

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	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	□交付 □却下	世帯番号																

受付担当 記 入 欄	
---------------	--