

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> (代筆 <b>吹田 一郎</b> )		
	生年月日	明治 大正 <input checked="" type="radio"/> 昭和 <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 終了年月日	<b>XX</b> 年 <b>XX</b> 月 <b>XX</b> 日
	被保険者番号	<b>0001234567</b>		
対象要件の確認 (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。 <input checked="" type="checkbox"/> 生活保護を受給していない。 <input checked="" type="checkbox"/> 吹田市重度障害者福祉タクシー利用券の交付対象者ではない。		

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。

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介護療養型医療施設 等

通院先 記入欄	<input checked="" type="checkbox"/> 〇〇病院 <input checked="" type="checkbox"/> △△診療所 <input type="checkbox"/> □□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。)
- 対象者氏名欄(表1か所、裏1か所の計2か所)は、原則として対象者の方が記入してください。  
難しい場合には、記入例のとおり対象者氏名と代筆者氏名を併記してください。

## 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。

### ※担当者記入欄

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	

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