様式第2号(第5条関係)

出雲市障がい者福祉タクシー利用券交付申請書

　　　年　　　月　　　日

出　雲　市　長　様

住　所

申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

（助成対象者との続柄・関係　　　　　　　　　）

下記のとおり障がい者福祉タクシー利用券の交付を申請します。

障がい者福祉タクシー利用券交付の決定のため、世帯の住民登録資料、税務資料その他収入に関する資料、要介護度について、各関係機関に調査、照会、閲覧されることを承諾します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 助  成  対  象  者 | ふりがな  氏　名 |  | | 電話番号 |  |
| 住　所 | 出雲市 | | | |
| 生年月日 | 大・昭・平・令　　　　　年　　　　月　　　　日 | | | |
| 手帳所持者 | □身体障がい者手帳（　　　　級）※視覚障がいがある場合（　　　級）  □療育手帳（　　　）  □精神障がい者保健福祉手帳（　　　　級） | | | |
| 要介護度 | □要介護（　　　　　）　　□申請中 | | | |
| 生活状況 | □在宅　□在宅以外（施設・病院名等　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 申  請  券種 | * 一般用　（上記手帳所持者） | | | | |
| □　車いす用  （常時車いすを使用しなければ外出することが困難な方）  **※医師の意見書が必要です。** | | 医師意見書が  不要の場合  ※裏面調査票を  記入してください。 | □身体障がい者手帳1、2級所持者で肢体不自由の方 | |
| □要介護3～5の方 | |
| □医師の意見書提出済の方 | |
| □　ストレッチャー用  （常時ストレッチャーを使用しなければ外出することが困難な方）  **※医師の意見書が必要です。** | | 医師意見書が  不要の場合  ※裏面調査票を  記入してください。 | □身体障がい者手帳1、2級所持者で肢体不自由の方 | |
| □要介護4・5の方 | |
| □医師の意見書提出済の方 | |

※必要事項を記入のうえ、□のある欄は該当箇所に☑印をつけてください。

**《代理申請を行う場合》**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 代理人 | 氏名 |  | 電話番号 |  |
| 住所 |  | | |
| 上記の者を代理人と定め、出雲市障がい者福祉タクシー利用券の交付申請及び受領の権限を委任します。また障がい者福祉タクシー利用券交付の決定のため、世帯の住民登録資料、税務資料その他収入に関する資料、要介護度について、各関係機関に調査、照会、閲覧されることを承諾します。  助成対象者　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | |

調　査　票

**《常時車いすを使用しなければ外出することが困難な方》**

　あてはまるものに○をしてください。

①屋外での歩行について

　１．自力でできる　　　２．介助があればできる　　　３．できない

②移乗について

　１．自力でできる　　　２．介助があればできる　　　３．できない

③外出時では常時車いすを使用していますか。

　１．はい　　　　２．いいえ

**《常時ストレッチャーを使用しなければ外出することが困難な方》**

　あてはまるものに○をしてください。

①座位保持について

　１．自力でできる　　　２．介助があればできる　　　３．できない

②外出時では常時ストレッチャーを使用していますか。

　１．はい　　　　２．いいえ

《担当課記入欄》ここから下の欄には記入しないでください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 対象要件確認 | | 判定内容 | 確認者 |
| 住民税 | □課税 □非課税 □生活保護 | □非該当  □該当  　　〇一般　　〇視覚  　　〇車いす　〇ｽﾄﾚｯﾁｬｰ |  |
| 確認書類 | □障がい者手帳  　□介護保険証  　□医師意見書  　□その他（R-stage等） |

《決裁欄》

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 課長 | 主査 | 課長補佐 | 係長 | 担当 | 合議 |
|  |  |  |  |  |  |