様式第１号（第４条関係）

　　令和　　　年　　　月　　　日

仙　北　市　長　　様

申請者　住所

氏名

仙北市介護タクシー利用助成事業申請書

仙北市介護タクシー利用助成事業実施要綱に基づき、助成金の交付を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 助成対象者 | | （ふりがな）  氏　　名 |  | | | 男・女 |
| 住　　所 | 仙北市 | | | |
| 電話番号 |  | | | |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和　　　年　　　月　　　日　　　　歳 | | | |
| 介護の状況 | | ・介護度の状況（　介護度３　介護度４　介護度５　）  ・その他の状況（　寝たきり　その他　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 添付書類 | | ・請求額の根拠となる領収書  　（利用年月日・利用区間・介護保険適用外であることが明記されたもの）  ・介護保険被保険者証の写し  　（現在の要介護状態区分等が確認できるもの） | | | | |
| 利用内訳 | 回数 | 利用年月日 | | 利用区間 | 利用区分 | |
| １ | 年 　月 　日 | | ～ | 入院・退院・通院 | |
| ２ | 日 | | ～ | 入院・退院・通院 | |
| ３ | 日 | | ～ | 入院・退院・通院 | |
| ４ | 日 | | ～ | 入院・退院・通院 | |
| 備考 | |  | | | | |