

様式第1号（第3条関係）

年 月 日

寝たきり高齢者通院等支援事業利用登録申請書

（宛先）安曇野市長

申請者 氏名：

住所：

電話：（ ）

（利用される方または同居の御家族が記入してください）

以下のとおり、寝たきり高齢者通院等支援事業の利用を申請します。

住所	安曇野市		地区名		生年月日	年齢	性別
氏名					世帯主名		
緊急連絡先	※ 自宅・携帯他、連絡先				世帯主続柄		
介護保険認定情報	(介護保険の認定を受けている方は介護度をお書きください)				民生委員		
その他の手帳情報 (お持ちの方)	手帳の種類	身障・療育・精神	等級・内容				
利用の理由	※ 通院している病院及び、送迎している福祉施設など現在の状況を記入してください。						
サービス利用のため、私の介護保険認定情報と自動車税・軽自動車税の閲覧 (確認) を認めます。 (署名・捺印) _____ ㊟							
世帯員氏名	生年月日	年齢	性別	続柄	職業・学校等		
助成金の振込口座 (※必ずご記入してください)							
銀行・信用金庫 信用組合・農協	支店 支所	種類：普通・当座		口座番号：			
				口座名義：			

登録No. _____

(福祉タクシー用申請書)