様式第２号（第４条関係）　　　　　　　　　　　　　　　　　　新規　・　更新

明石市高齢者通院支援サービス事業利用申請書

　年　　　月　　　日

明　石　市　長　　様

（申請者）

住所

氏名

対象者との続柄（　　　　　　　　　）

電話番号０００００－００００００

下記のとおり、明石市高齢者通院支援サービス事業実施要綱第４条の規定により、高齢者通院支援サービス事業の利用を申請します。なお、この利用に係る事務に必要な事項等について、関連部署より資料を取得すること、および他の制度による優待乗車券との重複交付をさけるための調査を行うことに同意します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対　象　者 | フリガナ |  | 生　年  月　日 | 明・大・昭  年　　月　　日 |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 | 〒００００－０００００  明石市  電話番号００００－０００００ | | |
| 要介護認定 | 要介護　　１・２・３・４・５ | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 申請理由 | **(注)公共交通機関を利用することが困難な理由を詳細に記入してください。** |

（注）更新の場合は記入の必要はありません。

（注）居宅と医療機関・処方箋薬局（※薬局は病院受診後の立ち寄りのみ可）への通院等の利用に限られます。

裏面に誓約書があります。ご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 明石市記入欄 |  |  | 交付 | 回収 | 残り枚数 | 受領印 |
| 敬老優待乗車券 | 寿バス券 | 有・無 | 未・済・紛失 | ― |  |
| 寿タクシー券 | 有・無 | 未・済・紛失 | 枚 |
| 障害者優待乗車券 | 障害バスシール | 有・無 | 未・済・紛失 | ― |
| 福祉タクシー券 | 有・無 | 未・済・紛失 | 枚 |

誓約書

明石市長　様

明石市通院支援タクシー利用券（以下「利用券」という）の使用に際し、下記事項を遵守いたします。

記

１　利用券を利用者以外に譲渡し、又は貸与して使用させないこと

２　病院と処方箋薬局（※薬局は病院受診後の立ち寄りのみ可）以外に

使用しないこと

３　１乗車につき利用券２枚を限度として使用すること

以上

　　　年　　　月　　　日

自筆の場合　　　対象者氏名

代筆の場合　　　代筆者氏名