

様式第1号（第6条、第8条関係）

我孫子市高齢者移送サービス利用券交付申請書

年 月 日

我孫子市長 あて

我孫子市高齢者移送サービス利用券の交付を受けたいので申請します。

対象者	ふりがな		生年月日	大・昭	年 月 日
	氏名			平	
	住所	〒			
	電話番号	自宅・携帯（ ） —			
	要介護度		認定年月日		

【代理人記入欄】 本人の承諾を得ている者又は法定代理人であることが必要です。

代理人氏名			(続柄)
代理人住所	〒		<input type="checkbox"/> 対象者と同じ
代理人電話番号	() —		<input type="checkbox"/> 対象者と同じ

※ 対象者本人が入居等している施設の方が代理人として受領される場合は、所属する施設の名称及び電話番号を記入してください。

施設名			
施設電話番号	() —		

※ 市役所記入欄

交付年月日	令和 年 月 日	利用者番号		担当
本人確認欄	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他 ()			

本人の同意

- 我孫子市高齢者移送サービス利用券交付申請を行うことについて、本人の同意を得ている又は法定代理人である。

- 我孫子市高齢者移送サービス利用券の交付にあたり、我孫子市福祉タクシー利用券交付に関する情報を、市職員が確認することに同意する。

福祉タクシーの利用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
-----------	--

- 市職員が、対象者の要介護状態区分及び認定日を市が保有する公簿等により確認することに同意する。
⇒上記に同意する場合、次年度以降も継続して認定証及び利用券の交付を受けようとする際に、申請を省略することができます。

<次年度以降の利用券等の送付先>

宛 先	<input type="checkbox"/> 対象者本人住所	<input type="checkbox"/> 代理人住所
	<input type="checkbox"/> その他 (下)	
宛 名		