別記第１号様式(第３条関係)

福祉タクシー事業利用登録申請書

年　　月　　日

長生村長　　様

申請者　住　所

氏　名

電　話

対象者との続柄

福祉タクシー事業の利用登録をしたいので、次のとおり申請します。

利用対象者	ふりがな		性　別	男 ・ 女
	氏　名	□ 申請者と同じ	生年月日	年　月　日（　歳）
			電　話	
	住　所	□ 申請者と同じ 長生村		
福祉タクシーを希望する理由	利用対象者の資格(該当に〇)	1　65歳以上の者で家族等の支援を受けることができない 2　70歳以上の者で自主的に自動車運転免許証を返納した 3　腎臓機能障害を有し、人工透析療法を受けている 4　身体障害者手帳の交付を受けている（1級、2級又は3級） 5　療育手帳の交付を受けている 6　精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている 7　要介護認定を受けており、要介護4以上に該当する 8　妊産婦（母子健康手帳の交付を受けており、出産予定日から3箇月経過していない） 9　その他		
	利用対象者の状況	□家族等が仕事等で日中いない　□家族等が遠方にいる　□家族等がいない □その他（　）		
金融機関及び支店名		銀行　農協 信金　信組	本店　本所 支店　支所	
預金種目		当座　普通	口座番号	
フリガナ				
口座名義人氏名				

(注意事項)

ア　利用対象者の資格 2 に該当する方は、自動車安全運転センターで交付される「運転経歴証明書」、或いは公安委員会から交付される「申請による運転免許の取消通知書」が必要になります。

イ　利用対象者の資格 3 に該当する方は、特定疾病療養受療証、医療費支払明細書等の人工透析療法を受けていることの証明ができる書類が必要になります。

ウ　利用対象者の資格４から８までに該当する方は、交付されている手帳等が必要になります。

村処理欄（申請者は記入しないでください。）								
受 付	年　月　日	受付番号	課 長	補 佐	係 長	係 員		担 当
決 裁	年　月　日							
利 用	□ 適　当　　□ 不適当							
理 由	適　当　　要綱第2条　□第1項 第1号から第7号（高齢者・免許返納・人工透析・手帳交付・要介護4以上） □第1項 第8号（その他） □第2項 第1号（妊産婦）							
	不適当							

（裏面）

家族等の状況（十八歳以上の者に限る。） ※同一敷地内に居住する別世帯の親族等を含む。	氏　名	続　柄	年齢	職　業	備　考 ※本人との関係（該当に○）
					同世帯・別世帯・同居・同敷地
					同世帯・別世帯・同居・同敷地
					同世帯・別世帯・同居・同敷地
					同世帯・別世帯・同居・同敷地
					同世帯・別世帯・同居・同敷地
					同世帯・別世帯・同居・同敷地
					同世帯・別世帯・同居・同敷地
					同世帯・別世帯・同居・同敷地
特記事項					

個人情報に関する同意

福祉タクシー事業の利用に当たり、必要な私（利用対象者）とその家族等（同一敷地内に居住する別世帯の親族等を含む）の個人情報について、村が保有する住民基本台帳等公簿により調査をすること及び村が必要と認める関係機関に対し提供することに同意します。

なお、家族等に対しましては、私（利用対象者）が責任をもって異議のないように処置いたします。

署名欄

（利用対象者氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　代筆者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

※本人の署名が困難な場合、本人の同意を得て記載。