別　記

　第１号様式（第５条第１項）

東金市ケアタクシー券交付申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

（宛先）東金市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　氏　名

電話番号

次のとおり、ケアタクシー券の交付を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 要介護状態区分 | 　 |
| 住所 | 東金市 |
| 氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 認定期間 | 年　　　月　　　日から　　　　年　　　月　　　日まで　 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 通院等の状況 | 疾病名 | 　 |
| 通院等をしている病院名等 | 　 |
| 通院等の回数 | 　 |
| 人工透析の有無 | 有　　　無 |

|  |  |
| --- | --- |
| 利用開始予定年月 | 年　　　月から |

　注　　ケアタクシー券を利用しようとする者の居宅サービス計画の写しを添付すること。