

第1号様式（第4関係）

調布市車椅子福祉タクシー事業利用登録申請書

調布市長 宛

令和 年 月 日

次のとおり申請します。

申請者 (登録を受けようとする者)	フリガナ 氏名		生年月日 (和暦)	M・T・S・H・R 年 月 日
	住所	〒182- 調布市		
	日中連絡可能な電話番号			
	障害又は 介護の 状況	<input type="checkbox"/> 下肢機能障害1級 <input type="checkbox"/> 体幹機能障害1・2級 <input type="checkbox"/> 移動機能障害1・2・3級 <input type="checkbox"/> 要介護4・5【自治体名 都道府県 市区町村】 介護認定の有効期間 令和 年 月 日～令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 上記のいずれにも該当しない（この場合、医師の診断書の提出が必要）		
生活状況	<input type="checkbox"/> ① 自宅で生活			
	<input type="checkbox"/> ② 自宅以外で生活（病院に入院又は施設等に入所中）【(A)～(C)を記入】 (A) 病院・施設名 所在地 市区町村 (B) 退院(所)日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日ごろ・ <input type="checkbox"/> 退院(所)予定なし (C) 退院(所)後の生活拠点 <input type="checkbox"/> 自宅以外（名称 所在地 市区町村） <input type="checkbox"/> 自宅			
申請書の 提出者	フリガナ 氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	申請者との 続柄	<input type="checkbox"/> 申請者本人
	住所	〒182- 調布市 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	日中連絡可能な電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
書類送付先	<input type="checkbox"/> 送付先は利用者欄の住所・氏名と同じ <input type="checkbox"/> 送付先は申請書提出者の住所・氏名と同じ			
	<input type="checkbox"/> その他	住所 〒	フリガナ 氏名	
同意欄	利用登録に係る審査に必要な情報（身体障害者手帳の交付状況、要介護の認定情報等）を 他市区町村・関係所管に照会し、取得することに同意します。 令和 年 月 日 利用者氏名			

【事務処理欄】 居住実態 市内・ 市外 診断書の要否 不要・ 必要

身体手帳 なし・ あり（等級・部位）下肢・体幹・移動__級，__級

介護 なし・ あり（期間）令和 年 月 日～令和 年 月 日
 （介護認定） 調布・ それ以外（ ）

審査結果 登録決定・ 登録却下（理由 ）

登録区分 障害 準障害 要介護 準要介護 登録証番号 第 号

登録証有効期間 令和 年 月 日～令和 年 月 日

