

## 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。

利用者	フリガナ			生年 月日 (和暦)	M・T・S・H・R 年 月 日 ( 歳)			
	氏名							
	住所	〒182- 調布市						
	日中連絡可能な電話番号							
	障害又は 介護認定 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【介護認定自治体名 <input type="checkbox"/> 上記に該当しない（この場合、医師による診断書の提出が必要）				市区町村】		
	生活 状況	<input type="checkbox"/> 自宅で生活 <input type="checkbox"/> 自宅以外で生活（入院中又は施設等に入所中）【①～③を御記入ください】 ①病院・施設名 ②退院（所）日 ③退院（所）後の生活拠点					所在地 年 月 日ごろ	市区町村
		<input type="checkbox"/> 自宅以外⇒名称 <input type="checkbox"/> 自宅					所在地	市区町村
申請書 提出者	フリガナ			利用者との 続柄				
	氏名							
	住所	〒						
	日中連絡可能な電話番号							
書類 送付 先	<input type="checkbox"/> 利用者欄の住所・氏名と同じ <input type="checkbox"/> その他			<input type="checkbox"/> 申請書提出者の住所・氏名と同じ 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】 登録決定 登録却下（理由 )(区 分) 障害 認定障害 高齢 認定高齢

(登録番号)

(有効期間) 令和 年 月 日～令和 年 月 日

(その他の)

受取印