

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	M・T・S・H・R	
	氏名			月日 (和暦)	年 月 日	(歳)
	住所	〒 1 8 2 - 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 市区町村】 <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）				
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 所在地 市区町村 ②退院(所)日 年 月 日ごろ ③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 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"/> 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】 ☐ 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)

収受印