

明石市高齢者通院支援サービス事業利用申請書

年 月 日

明 石 市 長 様

(申請者)

住所 _____

氏名 _____

対象者との続柄 ()

電話番号 _____

下記のとおり、明石市高齢者通院支援サービス事業実施要綱第4条の規定により、高齢者通院支援サービス事業の利用を申請します。なお、この利用に係る事務に必要な事項等について、関連部署より資料を取得すること、および他の制度による優待乗車券との重複交付をさけるための調査を行うことに同意します。

対 象 者	フリガナ		生 年	明・大・昭
	氏 名		月 日	年 月 日
	住 所	〒 _____ 明石市	電話番号	_____
	要介護認定	要 介 護	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	

申請理由	(注)公共交通機関を利用することが困難な理由を詳細に記入してください。
------	-------------------------------------

(注) 更新の場合は記入の必要はありません。

(注) 居宅と医療機関・処方箋薬局（※薬局は病院受診後の立ち寄りのみ可）への通院等の利用に限られます。

明 石 市 記 入 欄	敬老優待乗車券	寿バス券	有・無	未・済・紛失	—	受領印
		寿タクシー券	有・無	未・済・紛失	枚	
	障害者優待乗車券	障害バスシール	有・無	未・済・紛失	—	
		福祉タクシー券	有・無	未・済・紛失	枚	

裏面に誓約書があります。ご記入ください。

誓 約 書

明石市長 様

明石市通院支援タクシー利用券（以下「利用券」という）の使用に際し、下記事項を遵守いたします。

記

- 1 利用券を利用者以外に譲渡し、又は貸与して使用させないこと
- 2 病院と処方箋薬局（※薬局は病院受診後の立ち寄りのみ可）以外に使用しないこと
- 3 1乗車につき利用券2枚を限度として使用すること

以上

年 月 日

自筆の場合 対象者氏名

代筆の場合 代筆者氏名