

福祉タクシー介護料金助成申請書

年 月 日

燕市長 様

申請者 住所 〒
燕市
氏名
(対象者との続柄)
電話 ー

燕市福祉タクシー介護料金助成事業実施要綱第4条の規定により、次のとおり申請します。

対象者	住所	〒 (電話 ー)		
	(フリガナ)		性別	男 ・ 女
	氏名		年齢	歳
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日		
振込先	金融機関名	銀行・信金 信組・農協 本店・支店		
	口座番号	普通 ・ 当 座	：	：
	(フリガナ)			
	口座名義			
福祉タクシー(ストレッチャー)利用状況	利用年月日	年 月 日		
	乗車区間	～		往復片道
	介助料金 (A)	事業所の 介助者人数 (B)	助成申請額 (C) = (A) ÷ (B) × 1/2	
	円	人	円	
該当区分	(該当するものに○を付けてください。) (1) 要介護者(要介護 3・4・5) (2) 身体障害者手帳1・2級 (3) 療育手帳「A」 (4) その他			
添付書類	領収書			

注意事項1 領収書は、介護料金が記載されているものを添付してください。

2 助成額は、介護者1人分の介護料金の半額です。