

第1号様式（第4関係）

年 月 日

調布市長 宛

調布市車椅子福祉タクシー利用申請書

フリガナ				生年 月日	年 月 日
利用者氏名				年齢	歳
利用者住所	〒 Tel ()				
申請者 (登録証の 送付先)	<input type="checkbox"/> ←利用者氏名・住所と同じ場合はこちらにチェックを入れるのみで可				
	住所	〒 Tel ()			
	氏名		利用者 との続柄		
該当するものに○をしてください。					
・身体障害者手帳	下肢 (1) 体幹 (1・2) 移動 (1・2・3)				
・介護認定	要介護 (4・5)				
・上記以外	上記に該当しない方は診断書が必要				
添付書類が ある場合	<input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 (写し) (※) <input type="checkbox"/> 同意書 (※) (※) 調布市以外の自治体で介護認定を受けている方のみ				

【要介護認定情報使用同意欄】

私は、調布市車椅子福祉タクシー事業の利用登録審査のため、調布市が要介護認定情報等の個人情報を使用することに同意します。

年 月 日 利用者氏名 _____

収受印

<市使用欄>

障害要件	登録証番号 () 有効期限 年 月 日
高齢要件	登録証番号 () 有効期限 年 月 日