

第1号様式（第5条関係）

年 月 日

二宮町高齢者移動支援利用助成券 申請書

二宮町長 様

住所 _____

氏名 _____

生年月日 _____ (歳)

電話番号 _____

二宮町高齢者移動支援事業（試行）実施要綱に基づき、次のとおり申請します。

同居人の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
要介護度	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（要介護・要支援（ ））
障害者手帳等	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（種類・等級等（ ））

身体状況等

1. 屋外歩行での移動補助用具の使用	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 電動車いす <input type="checkbox"/> シニアカー <input type="checkbox"/> その他（具体的に：（ ））
2. 最寄りのバス停までの歩行	<input type="checkbox"/> 自力で最寄りのバス停まで歩行できない
3. 移動支援の助成	<input type="checkbox"/> 移動に対する公的助成（他制度のタクシー利用料助成金、自動車税の減免等）を受けていない
4. 車の所有状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

世帯課税状況について確認することに同意します。

氏名 _____

町確認欄

支給決定	<input type="checkbox"/> 年齢 <input type="checkbox"/> 住所地 <input type="checkbox"/> 非課税世帯 <input type="checkbox"/> 身体状況等の4項目にチェック <input type="checkbox"/> 施設未入所 備考（（ ））		
タクシー券No		担当者	
窓口に来た人	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他（（ ））		