

会津若松市外出支援事業利用券交付申請書

令和 年 月 日									
会津若松市長 あて									
申請者（提出者）									
住所 会津若松市									
氏名									
対象者との続柄 （ ）									
電話番号 （ ） -									
以下のとおり、会津若松市外出支援事業利用券の交付を申請します。									
なお、利用資格の認定に必要な自動車税・軽自動車税減免の有無、障がい者支援施設・障がい児入所施設・介護保険施設入所の有無、常時車いす等使用状況に係る介護保険情報等について、市が関係機関に調査することに同意します。									
対 象 者	住 所	☐ 申請者に同じ							
	フリガナ								
	氏 名	☐ 申請者に同じ							
	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 （ 歳）	性 別		電 話	（ ） -	☐ 申請者に同じ		
障がい者手帳	お持ちの障がい者手帳 身体障害者手帳 （ ）級 療育手帳 （ A ・ B ） 精神保健福祉手帳 （ ）級								
	手 帳 番 号	福島県 号							
常時車いす等 使用状況 (注) この欄は車いす 使用者のみ記入 してください	該当する項目にチェック✓を入れてください。 ☐ 自立支援法に基づく補装具（車いす）の交付を受けている ☐ 会津若松市 ☐ 他自治体（ 市・町・村 ）◀…他市町村の場合はご記入ください ☐ 介護保険法に基づく車いすの貸与を受けている ☐ 会津若松市 ☐ 他自治体（ 市・町・村 ）◀…他市町村の場合はご記入ください ☐ 自分で購入した、他人から譲ってもらった ☐ その他（ ）								
自動車税減免	☐ 減免していない（ ☐ 手帳確認 ☐ 県税事務所確認） ☐ 減免している								
施設入所 [10枚判定のみ]	☐ 在宅 ☐ 入所（ ☐ 障がい者支援施設 ☐ 介護保険施設 ☐ 障がい児入所施設）								
常時車いす	☐ 補装具交付 ☐ 介護保険貸与								
	☐ 身体状況該当（ ☐ 介護認定状況 ☐ 障がい認定状況） ☐ 身体状況非該当								
判 定	☐ 一般(残月_____月×1シート=_____枚) ☐ 特別(残月_____月×4シート=_____枚) ☐ 非該当								
	交付番号_____								
No. _____ - 1 ~ _____ - 10									
窓口 ・ 郵送 月 日 交付者:									