第１号様式（第４関係）

調布市車椅子福祉タクシー事業利用登録申請書

調布市長　宛

令和　　年　　月　　日

次のとおり申請します。

申請者（登録を受けようとする者）	フリガナ 氏名		生年月日 （和暦）	M・T・S・H・R 年　　月　　日
	住所	〒１８２－ 調布市		
	日中連絡可能な電話番号			
	障害又は介護の状況	□下肢機能障害１級 □体幹機能障害１・２級 □移動機能障害１・２・３級 □要介護４・５【自治体名　　都道府県　　市区町村】 介護認定の有効期間　令和　　年　　月　　日～令和　　年　　月　　日 □上記のいずれにも該当しない（**この場合、医師の診断書の提出が必要**）		
	生活状況	□①自宅で生活 □②**自宅以外で生活（病院に入院又は施設等に入所中）【(A)～(C)を記入】** **(A)病院・施設名**　　所在地　　市区町村 **(B)退院(所)日**　□令和　　年　　月　　日ごろ・□退院(所)予定なし **(C)退院(所)後の生活拠点** □自宅以外（名称　　所在地　　市区町村） □自宅		
申請書の提出者	フリガナ 氏名	□申請者と同じ	申請者との続柄	□申請者本人
	住所	〒　　－ □申請者と同じ		
	日中連絡可能な電話番号	□申請者と同じ		
書類送付先	□送付先は利用者欄の住所・氏名と同じ　□送付先は申請書提出者の住所・氏名と同じ			
	□その他	住所	〒	
		フリガナ 氏名		
同意欄	利用登録に係る審査に必要な情報（身体障害者手帳の交付状況、要介護の認定情報等）を他市区町村・関係所管に照会し、取得することに同意します。 令和　　年　　月　　日　利用者氏名			

【事務処理欄】居住実態 □市内・**□市外**　診断書の要否 □不要・**□必要**

身体手帳 □なし・□あり（等級・部位）下肢・体幹・移動＿＿級，＿＿＿＿　＿＿級

介　　護 □なし・□あり（期間）令和　　年　　月　　日～令和　　年　　月　　日

要介護（　　）（介護認定）□調布・□その他（　　）

審査結果 □登録決定・□登録却下（理由　　）

登録区分 □障害　□準障害　□要介護　□準要介護　登録証番号 第　　号

登録証有効期間 令和　　年　　月　　日～令和　　年　　月　　日

収受印

(R8.8)