（様式第１－２号）

H19.6

江東区リフト付福祉タクシー利用資格申請書（老）

平成　　年　　月　　日

申請した日を記入して下さい。

江 東 区 長 殿

＜申請者＞

住　　所　江東区　東陽　4　丁目　11　番　28　号　　方

氏　　名　　江 東 花 子

申請者は原則本人または親族の方です。

利用者との関係　　妻

リフト付福祉タクシー利用資格認定の申請をします。

利用者	ふりがな	こう とう　た ろう	明・大・昭		
	氏　名	江 東 太 郎	4 年 6 月 8 日		
	住　所	江東区　東陽　4　丁目　11　番　28　号	電話	（３６４７）４３１９	
	障害状況		年令	79歳	
	その他特記事項	①車椅子利用　②ねたきり状態　③その他			

該当する番号に○を付けて下さい。

同意事項

1 当事業において必要なサービス提供のため、私に関する居住状況及び障害の情報を調査することに同意します。

2 当事業申請後、私に関する情報をサービス提供及び在宅での生活支援のため、在宅介護支援センター・介護支援専門員及びサービス委託業者からの提供を受けること、並びにこれらのものに提供することに同意します。

利用者本人が自筆で署名して下さい。

署名　江 東 太 郎

認定番号	江　　第　　号					備　　考
決裁	課 長	係 長	係 員	通 知	台 帳	

受付場所

（　　在宅介護支援センター）

受付者

FAX日　　月　　日	
決定通知書	