

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

江東区長殿

<申請者>

住所 江東区 丁目 番号 方

氏名

利用者との関係

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				明・大・昭
	氏名				年 月 日
	住所	江東区	丁目	番号	電話 ( )
	障害状況				年齢
その他特記事項	車椅子利用				ねたきり状態

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。

署名 \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

受付者 \_\_\_\_\_

( 在宅介護支援センター )

FAX日	月	日
決定通知書		