

登録番号

※登録番号は西宮市で記入します。

西宮市福祉タクシー派遣登録申請書

令和 年 月 日

西宮市長様

【申請者】 住 所 _____

(手続きをされる方) 氏 名 _____

障害者との続柄 _____

電話番号 (_____) _____

次のとおり西宮市予約制福祉タクシー派遣事業運営要綱第4条・西宮市定額制福祉タクシー派遣事業運営要綱第4条の規定に基づき福祉タクシー登録の申請をします。また、申請者は**西宮市高齢者バス運賃助成事業など、本事業と併用できない事業**の登録廃止について、その旨を担当課に届け出るとともに、本事業の対象者要件の確認調査を行うことに同意します。なお、福祉タクシー利用の際、添乗介助者をつけないために生じた事故について一切の責任を持ちます。

登録希望		1 定額制		2 予約制	
登録対象者 (本人)	住所	西宮市		電話	
	ふりがな		生年 月日	大・昭 平・令	年 月 日
	氏名				
生活実態 (該当箇所に☑をお願いします)		<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設入所中 <input type="checkbox"/> 入院中 ※入所中や入院中の場合、申請できません。			
身体障害者 手帳	兵庫県 西宮市 第 _____ 号 昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日交付 平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日交付	障害 の 程 度	1 種 級	障害 名	
療育手帳	兵庫県 第 _____ 号 昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日交付 平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日交付	障害の程度	1 種 A判定		
精神障害者 保健福祉手帳	兵庫県 第 _____ 号 平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日交付	障害の程度	1 級		
添乗介助者 ※	住所			電話	
	ふりがな			間柄	
	氏名				

※添乗者が複数いる場合は、主な添乗者を記入してください。

※原則として介助者の添乗をお願いしておりますが、一人で乗車される場合は空欄で結構です。

緊急連絡先 (添乗介助者以外の人を必ず記入してください。)

氏 名	住 所	電 話	間柄