旭タクシーケア輸送サービス利用登録申込書

旭タクシー株式会社　御中　　平　成　　年　　月　　日

私は、下記申込区分のケア輸送サービス利用対象者であることを自認し、別紙「旭タクシーケア輸送サービス重要事項説明書」記載の事項等説明を受け、確認・同意・了承の上、旭タクシーケア輸送サービスを利用したく、ケア輸送サービス利用登録証の発行を申し込みます。

本　　人	
住　　所	
フリガナ	
氏　　名	印　　男　　女
生年月日	T　S　H　　年　　月　　日　　歳
電話番号	―　　―
携帯電話	―　　―

代　理　人　の　選　任	
住　　所	
氏　　名	印　　男　　女
生年月日	T　S　H　　年　　月　　日　　歳
電話番号	―　　―
携帯電話	―　　―

確認書類	国保・社保・障害者手帳・後期高齢者保険・その他（　　）
番　　号	北海道・旭川・その他　　第　　号

申込区分　（いずれかに○）

	①	介護保険法（平成9年法律第123号）第7条第3項にいう「要介護者」及び第4項にいう「要支援者」
	②	身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）第4条にいう「身体障害者」
	③	①及び②のほか、65歳以上の高齢者であることまたは肢体不自由、内部障害（人工血液透析を受けている場合を含む。）、精神障害、知的障害等により単独での移動が困難な者であって、単独では公共交通機関を利用することが困難な者。

受付担当者　　（　　号 車）