

美郷町福祉タクシー利用登録申請書

年 月 日

美郷町長様

申請者 住所 美郷町

氏名 印

電話

私（対象者）は福祉タクシーを利用したいので下記のとおり登録を申請します。

記

対 象 者	氏名		性別	男・女
	生年月日	明治・大正・昭和	年 月 日	年齢 歳
	住所	美郷町	電話番号	
	家族構成	一人暮らし・高齢者世帯・日中独居・その他		
	介護保険の状況	要支援（ ）・要介護（ ）		
申込み理由	○ ○受診の場合 主に受診する医療機関（ ）病名（ ） 他に受診する医療機関（ ）病名（ ）			
美郷町記入欄 身体状況確認	座位保持：可・不可 歩行：できる・できない			