

受付日付

尼崎市高齢者移送サービス交付申請書

尼崎市長 あて

※太枠内に記入してください。

		申請日		年	月	日
申請者 ☐ 対象者本人 ☐ 対象者本人以外の者（続柄）						
ふりがな		生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成			
氏 名			年 月 日 （ 歳）			
住 所	電話番号 - -					

対象者

ふりがな		生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和			
氏 名			年 月 日 （ 歳）			
住 所	尼崎市 電話番号 - -					

年	月	日	交付します。				
＊ チケット交付 第 _____ 号 ＊ チケット交付枚数 _____ 枚			福祉相談支援課（ 南 ・ 北 ）				
			課長	課長補佐	係長	主任	係
			介護保険事業担当課				
交付しなかったチケット（ _____ 枚 ）			課長	課長補佐	係長	主任	係

要 件 確 認		介護保険被保険者証番号									
要 介 護 度	☐ 5 ☐ 4	認 定 日		年 月 日							
・ 尼崎市バス特別乗車証		☐ 未交付	☐ 返還								
・ 尼崎市重度心身障害者児福祉タクシーチケット		☐ 未交付	☐ 返還								
・ 尼崎市リフト付自動車利用券		☐ 未交付	☐ 返還								
・ 年 齢 確 認		☐ 6 5 歳以上									
・ 居 住 状 況		☐ 在宅	☐ 退院予定(		年		月		日)		

(窓口担当者 記入欄)

申請者番号							