

(別記第1号様式)

高齢者リフト付タクシー利用資格認定申請書

渋谷区長 殿

高齢者リフト付タクシー利用資格認定の申請をします。

なお、認定された場合は、運行の利便を図るため、タクシー会社に氏名・住所・電話番号・状況を提供することを承諾します。

申請日		年	月	日	受付 場所	() 地域包括支援センター 担当 :		
						高齢者福祉課 (窓口・電話) 担当 :		
利用者	氏名	(〒 -) 町 丁目 番 号			性別	男・女	生年月日	年 月 日
	住所	渋谷区					電話番号	
対象者	1 車椅子・ストレッチャー 2 その他 (寝たきり) (要介護度)							
体重	約	キロ	車椅子	標準・特注	介護人 あり () ・なし			

以下の欄は、記入しないでください。

認定番号	上記のとおり、認定することといたしたい	課長	係長	係員	備考
渋谷		年 月 日			