別記様式(第4条関係)

ハイヤー料金助成交付申請書

年　　月　　日

　湧別町長　　　　　　　　　　様

申請者　住所

氏名

　湧別町高齢者外出支援ハイヤー料金助成事業実施要綱に基づき、ハイヤー通院費受給者証を交付されたく申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受給者 | 住所 | 　 |
| 氏名 | 　 |
| 生年月日 | 年　　月　　日(　　歳) | 性別 | 男・女 |
| 該当区分 | 1　要支援1以上に該当(要綱第2条第1項第1号該当)2　65歳以上の高齢者に該当(要綱第2条第1項第2号該当) |
| 要介護認定の有無 | 有・無 | 交付年月日 | 被保険者番号 | 要介護状態区分 |
| 年　　月　　日 | 　 | 　 |
| 認定有効期間 | 　　年　　月　　日～　　年　　月　　日 |
| 通院区間 |  |
| 備考 | 　 |