|  |
| --- |
| 東広島市福祉助成券（タクシー乗車助成券・紙おむつ購入助成券）郵送交付申請書　　年　　月　　日東　広　島　市　長　様 |
| **（１）申請者**（次のいずれかにチェックを入れる） |
| □　交付対象者に同じ | □　代理人に同じ |
| 東広島市タクシー乗車助成券交付事業実施要綱第４条第１項及び東広島市紙おむつ購入助成券交付事業実施要綱第５条第１項の規定により、次のとおり申請するとともに、今後、要件に該当する場合の福祉助成券（タクシー乗車助成券・紙おむつ購入助成券）の郵送交付に同意します。福祉助成券の交付の可否の決定に当たり、私の属する世帯の住民基本台帳、市民税課税台帳等により世帯の状況、市民税課税状況等を確認することについて承諾します。 |
| **（２）交付対象者**※福祉助成券を利用する者 |
| 氏　名 |  | 電話番号 | (　　　　)　　　－ |
| 住　所 | 東広島市 | 生年月日 | 　　　　年　　　月　　　日 |
| 高齢者割引乗車券（地域包括ケア推進課発行）を受けていますか | 有　・　無 |

**【交付対象者以外が申請される場合にのみ記入】**

|  |
| --- |
| 委　　　任　　　状　　年　　　月　　　日　私は、次の者を代理人と定め、「東広島市福祉助成券（タクシー乗車助成券・紙おむつ購入助成券）」の申請、私の世帯状況・所得状況等について確認のほか、今後の助成券の送付先に関する権限を委任します。交付対象者氏名　　　　　　　　　　　　　　 |
| 代 理 人 | 氏　名 |  | 電話番号 | (　　　　)　　　－ |
| 住　所 | 〒 |

|  |
| --- |
| **（３）今後の福祉助成券の申請について** |
| □　郵送交付を希望する | □　郵送交付を希望しない |

|  |
| --- |
| **（４）今後の福祉助成券の種別** |
| □ じん臓機能障害で人工透析を受けている　　□ じん臓機能障害で人工透析を受けていない |
| 種別 | □ タクシー乗車助成券のみ希望する□ 紙おむつ購入助成券のみ希望する□ 両方（タクシー乗車助成券・紙おむつ購入助成券）希望する |

|  |
| --- |
| **（５）福祉助成券の送付先** |
| □　自宅 | □　自宅以外 |
|  | □ 代理人に同じ（代理人と同じ場合は、「□代理人に同じ」にチェックのみで可） |
| 氏　名 |  | 電話番号 | (　　　　)　　　　－ |
| 住　所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　様方） |