

年 月 日

(市町村長名)

〇〇〇長 〇〇 〇〇 様

(運送主体)

住 所

氏 名

印

電話番号

福祉有償運送事業の登録会員認定申請書

熊本連携中枢都市圏福祉有償運送運営指針に基づき、福祉有償運送事業の登録会員に、下記の理由をもって、単独でのタクシーその他の公共交通機関の利用が困難である者として認定をお願いします。

記

住 所			
氏 名			
生年月日		年齢	
該当チェック	登 録 会 員 の 区 分		
	1 介護保険法に基づく要介護認定を受けている者のうち、要介護度1～2の認定を受けており、単独ではタクシーその他の公共交通機関の利用が困難な者。		
	2 身体障害者福祉法に基づく身体障害者手帳の交付を受けている者のうち、18歳以上で身体障害者手帳に第2種身体障害者である旨記載があり、中等教育学校及び特別支援学校並びに専修学校の高校課程に在学していない、単独ではタクシーその他の公共交通機関の利用が困難な者。		
	3 知的障害者福祉法に基づく療育手帳の交付を受けている者のうち、18歳以上で療育手帳にB1・B2と記載があり、中等教育学校及び特別支援学校並びに専修学校の高校課程に在学していない、単独ではタクシーその他の公共交通機関の利用が困難な者。		
	4 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に規定する精神障害者、又は介護保険法に規定する要支援認定を受けている者、もしくは基本チェックリスト該当者であり、単独ではタクシーその他の公共交通機関の利用が困難な者。		
	5 その他肢体不自由、内部障害、知的障害、精神障害その他の障害により、単独ではタクシーその他の公共交通機関の利用が困難な者。		
単独でタクシーその他の公共交通機関の利用が困難な理由：			