

第7号様式（第19条関係）

年 月 日

海老名市長 殿

海老名市デマンド型交通高齢者等外出支援事業実証実験運行運賃減額申込書

海老名市デマンド型交通高齢者等外出支援事業実証実験運行実施要綱第19条第2項の規定により、次のとおり申し込みます。

なお、市が、私の介護保険料算定の基礎となる所得段階区分、私の属する世帯の課税状況その他の減額運賃の適用を判断するために必要な情報を、その必要な範囲内において関係機関に照会し、調査することに同意します。

減額 申込者	住 所	〒 ー 海老名市		
	フリガナ	電話番号 ()		
	氏 名			
	生年月日 (西暦)	年 月 日	介護保険の 被保険者番号	ー
※本人提出 の場合は記載不要 代理人	住 所	〒 ー		
	フリガナ	電話番号 ()		
	氏 名			
	生年月日 (西暦)	年 月 日	委任状 ※代理人は提出が必要	<input type="checkbox"/>

市確認・記入欄

本人 確認	申込者	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	<input type="checkbox"/> 運転免許証 (経歴証明書含む)	<input type="checkbox"/> 被保険者証
	代理人	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	<input type="checkbox"/> 運転免許証 (経歴証明書含む)	<input type="checkbox"/> 被保険者証
年齢区分	<input type="checkbox"/> 65歳～74歳【 <input type="checkbox"/> 要介護 () <input type="checkbox"/> 要支援 ()】 <input type="checkbox"/> 75歳以上			
非課税 確認	<input type="checkbox"/> __年度介護保険料額決定通知書【所得段階区分： 1 ・ 2 ・ 3】 <input type="checkbox"/> __年度市・県民税(非)課税証明書 (世帯全員分) <input type="checkbox"/> その他 ()			
判定	<input type="checkbox"/> 適用 <input type="checkbox"/> 適用外	適用日		
その他	えび～くる	<input type="checkbox"/> 登録済み (登録証No.)	<input type="checkbox"/> 未登録 (登録中)	
	備考欄			