

○東栄町福祉タクシー券交付要綱

平成25年3月15日

訓令第1号

(目的)

第1条 この要綱は、東栄町内の医療機関へ通院のためにタクシーを利用する要介護認定者、障害者等に対し福祉タクシー券を交付することにより、健康保持と、福祉の向上を図ることを目的とする。

(対象者)

第2条 福祉タクシー券の交付対象者（以下「対象者」という。）は、本町の区域内に住所を有する次の各号のいずれかに該当する者とする。

- (1) 介護保険法(平成9年法律第123号)第19条第1項に規定する要介護認定を受けた者(施設入所者を除く。)
- (2) 身体障害者福祉法施行規則(昭和25年厚生省令第15号)別表第5号の身体障害者障害程度等級表の1級から3級までに該当する身体障害者手帳所持者(施設入所者を除く。)
- (3) 身体障害者福祉法施行規則(昭和25年厚生省令第15号)別表第5号の身体障害者障害程度等級表の4級に該当する身体障害者手帳所持者のうち、身体障害者福祉法施行規則第5条第1項第2号の規定による障害名が腎臓機能障害とされている者
- (4) 療育手帳所持者でその判定区分がA又はBの者
- (5) 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(昭和25年法律第123号)第45条第2項に規定する精神障害者保健福祉手帳所持者で、1級及び2級に該当する者
- (6) その他特別な理由により、町長が必要と認める者

(助成額及び利用の範囲)

第3条 福祉タクシー券は、月4枚交付し1枚当たりの助成額は、自宅から町内の医療機関又は医療機関から自宅までの片道の運賃額とする。介護タクシーを利用する際の車両の乗降等に必要身体介護サービスに係る料金は利用者の負担とする。

2 福祉タクシー券の利用の範囲は、通院に限るものとする。

(交付申請)

第4条 福祉タクシー券の交付を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、東栄町福祉タクシー券交付申請書（様式第1号）を町長に提出するものとする。

2 申請者の範囲は、対象者又は、対象者の家族とする。

(交付決定等)

第5条 町長は、前条に規定する申請があったときは、その内容を審査し、第2条に規定する対象者の要件に該当すると認めた時は、東栄町福祉タクシー券交付決定通知書(様式第2号)及び福祉タクシー券(様式第3号)を、対象者の要件に該当しないと認めたときは、東栄町福祉タクシー券交付申請却下通知書(様式第4号)をそれぞれ申請者に交付する。

(使用方法等)

第6条 福祉タクシー券により利用できるタクシーは、町長が指定した東栄町内のタクシー事業者とし、自宅から町内医療機関への通院のために利用する場合とする。

2 利用者は、福祉タクシー券を利用してタクシーを利用する場合は、降車の際に、介護保険被保険者証、身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳を提示するとともに福祉タクシー券に必要事項を記入の上乗務員に手渡すものとする。

3 福祉タクシー券は、有効期限内に限り有効とする。

4 タクシー事業者は、毎月の福祉タクシー券を取りまとめ、翌月の10日までに町長に、請求するものとする。

5 利用者が一人では通院が困難な場合には、付き添いを目的とする者が同乗できることとする。

6 利用者が介護タクシーを利用する際は、タクシー事業者に介護タクシーを利用する旨を伝え、車両の乗降等に必要な身体介護サービスの利用や料金の支払いについて十分理解した上で利用することとする。

(福祉タクシー券の返還等)

第7条 次の各号のいずれかに該当するときは、利用者又はその代理人は、速やかに福祉タクシー券を町長に返還しなければならない。

(1) 利用者が死亡したとき。

(2) 福祉タクシー券が不要になったとき。

2 町長は、利用者が次の各号のいずれかに該当すると認めたときは、福祉タクシー券及び助成額の返還を命ずることができる。

(1) 虚偽の申請により福祉タクシー券の交付を受けたとき。

(2) 福祉タクシー券を不正に利用したとき。

(守秘義務)

第8条 タクシー事業者は、福祉タクシー券利用により知り得た利用者の情報を第三者に漏らしてはならない。

(その他)

第9条 この要綱に定めるほか、必要な事項は、町長が別に定める。

附 則

この訓令は、平成25年4月1日から施行する。

この訓令は、令和4年3月1日から施行する。

この訓令は、令和5年9月1日から施行する。

様式第1号

東 栄 町 福 祉 タ ク シ ー 券 交 付 申 請 書

年 月 日

東 栄 町 長 様

申請者 住 所

氏 名

印

電話番号

下記により、東栄町福祉タクシー券の交付を申請します

記

1 対象者氏名等

ふりがな 対象者氏名		性別	男・女
生年月日	年 月 日生	年齢	才
住 所	東栄町大字		
連絡先電話番号	—		

2 対象要件等 (下記のあてはまる対象要件を○で囲んでください)

- ・要介護認定を受けた者 (要介護1・2・3・4・5)
- ・身体障害者 (1級・2級・3級・4級の内じん臓機能障害とされている者)
- ・療育手帳 (A・B)
- ・精神障害者保健福祉手帳 (1級・2級)
- ・その他 ()

3 手帳 (介護保険被保険者証) 等

手帳等の種類	介護保険被保険者証 ・ 身体障害者手帳 療育手帳 ・ 精神障害者保健福祉手帳
交付年月日	年 月 日
手帳等の番号	

東 第 号
年 月 日

様

東栄町長 村 上 孝 治

年 月 日付けで申請のありました東栄町福祉タクシー券の交付について、下記のとおり決定
しました。

記

ふりがな 対象者氏名		性別	男・女
生年月日	年 月 日生	年齢	才
住 所	東栄町大字		
交付枚数	枚		

※ 福祉タクシー券裏面の注意事項をよく読んでご利用ください。

表面

東栄町福祉タクシー券

東栄町福祉タクシー券

利用者氏名: []

利用者番号 []



東栄町長



有効期限: 年 月 日

※ 本券1枚で1回のみ有効、町内医療機関への通院に限る

裏面

注 意

- 1 この福祉タクシー券は、交付された本人に限り使用することができます。
- 2 この福祉タクシー券は、(東栄タクシー79-3405)を利用して町内の医療機関に通院する場合のみに使用できます。
- 3 この福祉タクシー券を使用する時は、交付の対象となった平紙又は保証証を乗務員に提示してください。
- 4 この福祉タクシー券は、交換、譲渡、及び売買はできません。
- 5 この券の裏面記載の有効期限内に限り使用できます。
- 6 介護タクシー利用時の身体介護サービスは自己負担になります。

(医療機関及びタクシー事業者記入欄)

※ タクシー事業者記入欄

乗車日時	年 月 日	時 分	型: 小・中
乗車区間	から	まで ()	
乗務員氏名	☑ 介助者: 有・無		
介護タクシー	利用: 有・無 身体介護サービス: 有・無		

※ 通院医療機関証明欄

上記乗車日時、裏面記載の利用者が受診したことを証明します。

年 月 日

通院医療機関名

☑

様式第4号

東 栄 町 福 祉 タ ク シ ー 券 交 付 申 請 却 下 通 知 書
第 号
年 月 日

様

東 栄 町 長 ④

年 月 日付けで申請のありました東栄町福祉タクシー券の交付について、下記のとおり却下します。

記

ふりがな 対象者氏名		性別	男・女
生年月日	年 月 日生	年齢	才
住 所			
却下理由			