

介護タクシー利用補助事業

I. サービスの内容

このサービスでは、介護タクシー※を利用した高齢者の方に次の区間の移動に要した費用を補助します。

- ① 要介護者の自宅と医療機関の間
- ② 要介護者の自宅と在宅福祉サービス提供場所の間

※介護タクシーとは…車椅子や寝台のまま乗車できる、介護資格取得者を同乗している等の要介護高齢者の利用に特化したタクシー（詳しくは各タクシー会社までお問い合わせください）

II. 対象者

町内に住所を有し、65歳以上で一般交通機関の利用が困難な方のうち、次の条件のいずれかに該当する方。

- (1) 要介護4及び5の方
- (2) 日常的に車椅子を使用されている方



III. 補助金額

利用に要した費用のうち、**半額**※を補助します。

※ 但し、1日(1往復)当たりの補助上限額は5,000円までです。

(行き)4,200円 + (帰り)4,300円 = (往復)8,500円 → **【補助金】4,250円** [自己負担 4,250円]
.....
(行き)6,500円 + (帰り)6,300円 = (往復)12,800円 → **【補助金】5,000円** [自己負担 7,800円]

IV. 申請のために提出書類

- ① 介護タクシー利用補助金交付申請書
- ② 領収書

※ 領収証は、必ず介護タクシーを利用したことがわかるよう、必ず以下の点が明記された物を用意して下さい
なお、レシートは領収証としては認められません。

- ① 利用者(要介護者)の氏名
- ② 利用区間(必ず自宅を経由)

【領収書見本】

苗字・名前まで
記載してください

領収書	
高森 花子 様	
平成○×年○月○日	
金額	5,320円
種別	
現金	
小切手	
その他	
但し、 <u>高森病院～自宅、介護タクシー</u> として	
上記金額正に領収致しました	
収入 印紙	必ず介護タクシーを利用したこと、 利用区間が分かるように記載
株 式 会 社 ○×タクシー	
長野県下伊那郡高森町○××	
担 当	
××	

(様式第1号)
介護タクシー利用補助金交付申請書

令和 年 月 日

高 森 町 長 様



下記のとおり介護タクシーを利用したので申請します。

記

利用 者	住 所	高森町	生年月日	明 大 昭 年 月 日 (歳)
	氏 名		性 別	男 ・ 女
利用の区分		☐ 車椅子利用者 ☐ 要介護 4 ・ 5 ☐ その他 ()		
利用日	利用の種類	利用の理由	かかった費用	町補助金額 (1/2)
月 日	片道□往復	通院・入院・退院・施設送迎	円	円
月 日	片道□往復	通院・入院・退院・施設送迎	円	円
月 日	片道□往復	通院・入院・退院・施設送迎	円	円
月 日	片道□往復	通院・入院・退院・施設送迎	円	円
月 日	片道□往復	通院・入院・退院・施設送迎	円	円
月 日	片道□往復	通院・入院・退院・施設送迎	円	円

- ① 太い枠線の中のみを記入して下さい。請求書がありますので、そちらにも記入して下さい。
② 領収書を必ず添付して下さい。（写しを添付される場合は、窓口まで原本をお持ちください）
③ かかった費用の半額を補助致します。（但し、1回(片道)の補助限度額は5,000円まで）
④ 翌月20日までに、役場健康福祉課・高齢者係まで提出して下さい。（年度を過ぎる場合は支給されないことがあります。）

請求書

金 円

介護タクシー利用補助金として、上記金額を請求します。

令和 年 月 日

高 森 町 長 様

(住所) 高森町
(氏名) 印

金 融 機 関			預金種別	口 座 番 号						
☐ みなみ信州農協 ☐ 八十二銀行 ☐ 飯田信用金庫 ☐ ゆうちょ銀行 ☐		支所 支店 本店	☐ 普通 ☐ 当座 ☐ その他							
フリガナ										
口座名義人										

【申請書記入見本】

介護タクシー利用補助金交付申請書

申請書を提出する日付を記入

令和 〇〇 年 ×× 月 △△ 日

高森町長 様

利用者氏名をご記入ください

高森 花子 印

下記のとおり介護タクシーを利用したので申請します。

記

利用 者	住 所	高森町〇△ ××-×	生年月日	明大昭 〇 年 △ 月 〇 日 (×× 歳)
	氏 名	高森 花子	性 別	男 ・ 女
利用の区分		☐ 車椅子利用者 ☒ 要介護 4 ・ 5 ☐ その他 ()		
利用日	利用の種類	利用の理由	かかった費用	町補助金額 (1/2)
〇 月 △ 日	片道往復	通院・入院・退院・施設送迎	円	円
△ 月 〇 日	片道往復	通院・入院・退院・施設送迎	円	円
月 日	片道往復	通院・入院・退院・施設送迎		円
月 日	片道往復	通院・入院・退院・施設送迎		
月 日	片道往復	通院・入院・退院・施設送迎		
月 日	片道往復	通院・入院・退院・施設送迎	円	円

金額欄は空白
※町で領収書と確認しながら記入するため、
必ず領収書を提出してください

- ① 太い枠線の中のみを記入して下さい。請求書がありますので、そちらにも記入して下さい。
- ② 領収書を必ず添付して下さい。（写しを添付される場合は、確認のため窓口まで原本をお持ちください）
- ③ かかった費用の半額を補助致します。（但し、1回（片道）の補助限度額は5,000円まで）
- ④ 翌月20日までに、役場健康福祉課・福祉係まで提出して下さい。（年度を過ぎる場合は支給されないことがあります。）

町で記入をするため空白のまま		請求書	
金		円	
介護タクシー利用料として、上記金額を請求します。		申請書を提出する日付を記入	
高森町長 様		令和 〇〇 年 ×× 月 △△ 日	
氏名・銀行口座は本人でもご家族でも可		高森町〇△ ××-×	
		高森 花子 印	
金融機関		預金種別	
☒ みなみ信州農協 ☐ 八十二銀行 ☐ 飯田信用金庫 ☐ ゆうちょ銀行 ☐		☐ 普通 ☐ 当座 ☐ その他	
×〇		支所 支店 本店	
フリガナ		タカモリ ハナコ	
口座名義人		高森 花子	