

鹿児島離島航空割引カード発行申請書（介護等）

奄美群島航空・航路運賃軽減協議会長 殿

令和 年 月 日

下記により、離島航空割引カードの発行を受けたいので申請します。

住所		電 話	
ふりがな 氏 名		性 別	男・女
要介護認定者 とのご関係	記入例：子、孫		
生年月日	年 月 日生（ 歳）	発行区分	新規・再発行・更新
対象者区分	① 要介護認定、要支援認定等を受けている住民を介護等するために天城町に年3回以上来訪する親族（配偶者・配偶者の父母・父母・子・子の配偶者・祖父母・兄弟姉妹・孫）		
来島予定回数	計 回（予定）	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	
※1年間に介護で訪れる月を○で囲んでください。			

【更新の場合】

前年1年間に来島した回数をご記入ください。予定回数に達しなかった場合はその理由をご記入ください。

※特別な事情を除き、前年1年間の来島回数が計画未達の場合は更新できませんのでご了承ください。

来島回数	計 回
来島回数未達理由	

【介護を必要とされる方】

介護保険 被保険者番号		性 別	男・女
ふりがな 氏 名		生 年 月 日	年 月 日
住 所	天城町		
要介護状態	要支援 1 2	要介護 1 2 3 4 5	

窓口が記入

カード番号		発行年月日	令和 年 月 日
確認書類	1.健康保険証 2.免許証 3.その他 ( )	有効期限	令和 年 月 日
適用	<input type="checkbox"/> 交付事務要領第1条第2項第5号の規定により更新		

※申請には、上記の添付書類の他、写真（上半身 縦3cm 横2.5cm）及び本人確認ができるもの（健康保険証、運転免許証等）が必要です。

介護のための来島として、上記申請内容に相違ないことをここに誓約致します。

令和 年 月 日

署名 \_\_\_\_\_ 印