

第2号様式（第3条関係）

福祉タクシー等料金助成券切替申請書

年 月 日

大 府 市 長 殿

申請者 住 所
氏 名
電 話
郵便番号

（18歳未満の場合は、保護者が申請すること。）

下記とおり、福祉タクシー料金助成券をリフト付き福祉タクシー料金助成に切り替えてください。

記

対象者	申請者に同じ場合は以下の住所・氏名欄の記入の必要はありません。			
	住 所		電話番号	
	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日
身体障害者手帳	愛知県 第 号 (障害)			級
療 育 手 帳	愛半田児・あいせい 第 号			
要 介 護 認 定	要介護 3 ・ 要介護 4 ・ 要介護 5			
変 更 理 由				

受 付 年 月 日	年 月 日 (自動車税 有・無)
受 付 番 号	第 号
助成券交付年月日	年 月 日
助成券交付番号	第 号

既に交付を受けている福祉タクシー料金助成券の未使用分を添付してください。