

第2号様式の2（第3条関係）

タクシー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

対象者との関係

下記のとおり、タクシー料金助成券を切り替えてください。

記

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。

対 象 者	住 所	大府市 町		
	フリガナ 氏 名	生年月日	電話 ()	
	変更事由 及び切替 希望タク シー <small>(いずれかの □に☑を入れて ください)</small>	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（1級・2級） <input type="checkbox"/> 療育手帳（A判定） <input type="checkbox"/> 要介護認定（要介護3・要介護4・要介護5） 被保険者番号（ ） 認定期間（ 年 月 日～ 年 月 日）	<input type="checkbox"/> 福祉タクシー <input type="checkbox"/> リフト付福祉タク シー <input type="checkbox"/> リフト付福祉タク シー	大正・昭和 年 月 日
変更理由				
確認事項 <small>(□に☑を入れて ください)</small>	<input type="checkbox"/> 現在、(軽)自動車税の減免を受けていません。 <input type="checkbox"/> 入院・入所中ではありません。 <input type="checkbox"/> 申請するタクシー以外の料金助成を受けていません。 <input type="checkbox"/> 家族や友人への譲渡等は不正行為となります。			

助成券交付年月日	年 月 日
助成券交付番号	第 一 号

※ 既に交付を受けているタクシー料金助成券の未使用分を添付してください。