

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。）

下記のとおり、福祉タクシー等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		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	生年月日 大正・昭和・平成・令和 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福祉タクシー等料金助成券の未使用分を添付してください。